

Übergewicht bei Kindern armer Familien



**Ein Handlungsbedarf begründender
Ausdruck der gesundheitlichen
Ungleichheit**

Übergewicht bei Kindern armer Familien

Ein Handlungsbedarf begründender Ausdruck der gesundheitlichen Ungleichheit

Bachelorarbeit von:

Damaris Probst

an der:

FHS St. Gallen

Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Studienrichtung Soziale Arbeit

Studienbeginn FS 2016

begleitet von:

Prof. Gabi Hahn

Dozentin Fachbereich Soziale Arbeit

Für den vorliegenden Inhalt ist ausschliesslich die Autorin verantwortlich.

Eingereicht am: 08. Oktober 2018

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	III
Abkürzungsverzeichnis.....	IV
Abstract.....	- 1 -
1 Einleitung	- 5 -
2 Armut.....	- 8 -
2.1 Definition von Armut.....	- 8 -
2.2 Armutsbetroffene: Zahlen und Fakten	- 10 -
2.3 Auswirkungen von Armut	- 12 -
3 Armut und Gesundheit: gesundheitliche Ungleichheit.....	- 15 -
3.1 Definition von Gesundheit.....	- 15 -
3.2 Gesundheitliche Ungleichheit.....	- 17 -
4 Übergewicht bei Kindern armer Familien: Beschreibung.....	- 22 -
4.1 Definition Übergewicht	- 22 -
4.2 Übergewicht als soziales Problem	- 23 -
4.3 Verbreitung von Übergewicht bei Kindern	- 25 -
4.4 Auswirkungen von Übergewicht bei Kindern	- 27 -
5 Übergewicht bei Kindern armer Familien: Erklärung.....	- 29 -
5.1 Die herrschende Problemdeutung: Adipositas als Epidemie	- 30 -
5.2 Adipositas als abweichendes Verhalten	- 33 -
5.3 Übergewicht als Folge von gesundheitlicher Ungleichheit.....	- 34 -
5.3.1 Mangelnde finanzielle Ressourcen	- 36 -
5.3.2 Wohnumfeld und Wohnsituation	- 38 -
5.3.3 Mittelschichtorientierte Gesundheitsförderung und Prävention.....	- 40 -
5.3.4 Erhöhter psychischer Stress	- 42 -
5.3.5 Klassenhabitus – Verteidigung eines Lebensstils.....	- 43 -
6 Übergewicht bei Kindern armer Familien: Reduzierung.....	- 47 -
6.1 Definition Prävention und Gesundheitsförderung	- 48 -
6.2 Interventionen bezogen auf die Verhältnisse	- 49 -
6.2.1 Sozialpolitische und sozialräumliche Interventionen	- 50 -
6.2.2 Der Diskriminierung übergewichtiger Personen entgegenwirken	- 52 -
6.3 Interventionen bezogen auf das Verhalten.....	- 54 -
6.3.1 Aushandeln eines gesunden Lebensstils in Koproduktion.....	- 55 -
7 Schluss.....	- 58 -
8 Literaturverzeichnis.....	- 61 -
9 Quellenverzeichnis	- 66 -
10 Abbildungsverzeichnis.....	- 68 -
11 Selbständigkeitserklärung	- 69 -

Abkürzungsverzeichnis

BMI	Body Mass Index/ Körpermassenindex
EASO	European Association for the Study of Obesity
IASO	International Association for the Study of Obesity
SILC	Statistiken zum Einkommen und der Lebensbedingungen in der Schweiz
WHO	World Health Organization/ Weltgesundheitsorganisation

Abstract

Titel: Übergewicht bei Kindern armer Familien – ein Handlungsbedarf begründender Ausdruck der gesundheitlichen Ungleichheit

Kurzzusammenfassung: Die Arbeit zeigt auf, inwiefern Übergewicht bei Kindern armer Familien anhand der gesundheitlichen Ungleichheit erklärt werden kann und welche Ansatzpunkte für Interventionen sich daraus für das professionelle Handeln der Sozialen Arbeit ableiten lassen.

Autor(en): Damaris Probst

Referent/-in: Prof. Gabi Hahn

Publikationsformat: BATH
 MATH
 Semesterarbeit
 Forschungsbericht
 Anderes

Veröffentlichung (Jahr): 2018

Sprache: deutsch

Zitation: Probst, Damaris. (2018). *Übergewicht bei Kindern armer Familien. Ein Handlungsbedarf begründender Ausdruck der gesundheitlichen Ungleichheit*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit, FHS St. Gallen, Fachbereich Soziale Arbeit.

Schlagwörter (Tags): gesundheitliche Ungleichheit, soziale Ungleichheit, Gesundheit, Armut, Übergewicht, Kinder, Soziale Arbeit

Ausgangslage:

Je niedriger der sozioökonomische Status ist, desto schlechter ist tendenziell die Gesundheit (vgl. Huwiler, Amstutz & Minder, 2003, S. 55). Ein solcher Zusammenhang lässt sich auch bei der Prävalenz von Übergewicht bei Kindern beobachten. Sozial benachteiligte Kinder sind deutlich häufiger von Übergewicht betroffen als Kinder besser gestellter Schichten (vgl. Stamm, Fischer, Lamprecht, 2017b, S. 5). Insgesamt beschäftigt die Übergewichtsthematik

westliche Gesellschaften so stark, dass die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Übergewicht bei Kindern als die grösste gesundheitliche Herausforderung des 21. Jahrhunderts bezeichnet (vgl. WHO, 2018a), womit das Phänomen durchaus als soziales Problem gedeutet werden kann (vgl. Schmidt-Semisch & Schorb, 2008, S. 7). Die herrschende Problemdefinition für das soziale Problem Übergewicht ist die Problemdeutung «Adipositas als Epidemie» (vgl. Schorb, 2008a, S. 60), die auf die universale Betroffenheit, die weite Verbreitung, die schnelle Zunahme und die vermeintlich fatalen Folgen des Phänomens verweist. Allerdings kann die grössere Häufigkeit von Übergewicht bei sozioökonomisch tieferen Schichten mit dem «Adipositas als Epidemie»-Narrativ nicht erklärt werden, weshalb zur Ergänzung einzelne Aspekte der Problemdeutung «Adipositas als abweichendes Verhalten» Einzug gehalten haben (vgl. Schorb, 2015, S. 136 – 146). Die Problemdeutung «Adipositas als abweichendes Verhalten» erklärt die höhere Prävalenz von Übergewicht bei Kindern armer Familien mit dem vermeintlichen Fehlverhalten von Armenmilieus (vgl. Schorb, 2008a, S. 69 – 70). In der Gesellschaft stösst diese Problemdeutung auf breite Akzeptanz (vgl. Schorb, 2015, S. 143).

Ziel:

Da die herrschende Problemdeutung «Adipositas als Epidemie» sowie deren Ergänzung durch die Problemdefinition «Adipositas als abweichendes Verhalten» professionellen Werten der Sozialen Arbeit widersprechen, präsentiert die vorliegende Arbeit eine Alternativdeutung für Übergewicht bei Kindern armer Familien, die den Werten der Sozialen Arbeit gerecht wird: das Verständnis der erhöhten Prävalenz von Übergewicht als Ergebnis der sozialen Ungleichheit in der Gesundheit. Es wird der Frage nachgegangen, inwiefern Übergewicht bei Kindern armer Familien anhand der gesundheitlichen Ungleichheit erklärt und dieses Erklärungsmuster somit der herrschenden Problemdeutung des sozialen Problems Übergewicht als Alternativdeutung gegenübergestellt werden kann. Gleichzeitig muss es ein Ziel der Sozialen Arbeit sein, Lösungen für soziale Probleme zu entwickeln und ihr spezifisches Wissen diesbezüglich in der Öffentlichkeit, der Forschung und der Politik zu verbreiten (vgl. AvenirSocial, 2010, S. 6 & S. 13), womit das soziale Problem Übergewicht zu einem zentralen Handlungsfeld der Sozialen Arbeit wird (vgl. Schmitt & Rose, 2017, S. 172 – 173). Vor diesem Hintergrund fragt die vorliegende Arbeit nach Ansatzpunkten für Interventionen, die sich aus der Erklärung von Übergewicht bei Kindern armer Familien anhand der gesundheitlichen Ungleichheit für das professionelle Handeln der Sozialen Arbeit ableiten lassen.

Vorgehensweise:

Nach der Einleitung wird im zweiten Kapitel dargelegt, was in der vorliegenden Arbeit unter Armut verstanden wird. Auch wird aufgezeigt, wer in der Schweiz von Armut betroffen ist und welche allgemeinen Auswirkungen ein Leben in Armut haben kann.

Im dritten Kapitel wird Armut mit dem Thema Gesundheit in Verbindung gebracht, wofür ebenfalls zuerst das dieser Arbeit zugrundeliegende Verständnis von Gesundheit beschrieben wird. Im Anschluss wird anhand von Forschungsergebnissen zur gesundheitlichen Ungleichheit aufgezeigt, inwiefern Armutsbetroffene in der Gesundheit benachteiligt sind und welche Erklärungsansätze dafür vorliegen.

Im vierten Kapitel wird die Thematik Übergewicht in den Blick genommen und auf der beschreibenden Ebene betrachtet. Hierzu wird zuerst eine Definition von Übergewicht gegeben. Zudem wird darauf eingegangen, wie das Thema Übergewicht von einem individuellen zu einem sozialen Problem gewachsen ist. In einem nächsten Schritt wird aufgezeigt, wie verbreitet Übergewicht bei Kindern in der Schweiz ist, welche Kinder überwiegend betroffen sind und welche Auswirkungen ein zu hohes Körpergewicht auf die betroffenen Kinder haben kann.

Kapitel fünf widmet sich der Frage, welche Erklärungen für Übergewicht im gesellschaftlichen Diskurs in erster Linie vorhanden sind, wobei auf die Problemdeutungen «Adipositas als Epidemie» und «Adipositas als abweichendes Verhalten» eingegangen wird. Im Anschluss wird diesen Problemdefinitionen eine Alternativdeutung entgegengesetzt, die Übergewicht bei Kindern armer Familien als Ausdruck der gesundheitlichen Ungleichheit versteht.

Im sechsten Kapitel werden auf Basis dieser vorgeschlagenen Alternativdeutung «Übergewicht als Ergebnis gesundheitlicher Ungleichheit» mögliche Interventionsansätze der Sozialen Arbeit vorgestellt. Dies, bevor im letzten Kapitel die Erkenntnisse anhand der Beantwortung der Fragestellungen noch einmal zusammengefasst werden.

Erkenntnisse:

Betrachtet man Übergewicht bei Kindern armer Familien vor dem Hintergrund der gesundheitlichen Ungleichheit, so wird ersichtlich, dass sich die sozioökonomische Lage sowohl direkt als auch vermittelt über den Klassenhabitus auf das Ernährungs- und Bewegungsverhalten und somit auf das Körpergewicht auswirkt. Die mangelnden finanziellen Ressourcen, die für einen Armenhaushalt charakteristisch sind, erschweren zum einen eine ausgewogene Ernährung, zum anderen schränken sie die potentiellen Freizeitmöglichkeiten für die Kinder massiv ein. Die vorhandenen finanziellen Mittel entscheiden weiter über die Wohnsituation und das Wohnumfeld, das bei Kindern armer Familien meist weniger Möglichkeiten für körperliche Bewegung sowie schlechteren Zugang zu frischen und gesunden Lebensmitteln bietet, was sich in der Folge auf das Körpergewicht auswirkt. Auch kann die häufig prekäre Wohnsituation armer Familien als psychosozialer Stressor wirken. Das Leben in Armut führt im Allgemeinen zu einer erhöhten psychosozialen Stressbelastung, auch bei Kindern. Der psychosoziale Stress kann aufgrund biologischer Prozesse zu einem stärkeren Hungergefühl

und somit zu einer verstärkten Nahrungsaufnahme führen. Gleichzeitig kann kohlenhydrat- und fettreiche Ernährung auch als mögliche Stressbewältigungsstrategie des Stressors Armut dienen.

Hinsichtlich Prävention und Gesundheitsförderung kann gesagt werden, dass Kinder armer Familien wenig empfänglich für Hinweise diesbezüglich sind, da diese in der Regel mittelschichtorientiert ausgerichtet und ausführende Gesundheitseinrichtungen nicht ausreichend sensibilisiert für die spezifischen Problemlagen von armutsbetroffenen Familien sind. Das Problemsystem harmonisiert nicht mit dem Helfersystem. Gleichzeitig ist auch der gesellschaftlich als gesund definierte Lebensstil von besser gestellten Schichten festgelegt worden. Dies kann bei armen Familien zum einen zu einer Überforderung im Umgang mit einem der eigenen sozialen Lage fremden Lebensstil führen, zum anderen den Wunsch zur Verteidigung der eigenen Lebensführung hervorrufen.

Das Verständnis von Übergewicht bei Kindern armer Familien als Ausdruck der gesundheitlichen Ungleichheit bedingt folglich alternative Praxisprojekte zu den bisherigen Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen. Dabei sind vor allem auf die Verhältnisse bezogene Interventionen notwendig, um der gesundheitlichen Ungleichheit und somit der höheren Prävalenz von Übergewicht bei Kindern armer Familien entgegenzuwirken. Sozialpolitische Massnahmen sowie gemeinwesensorientierte, sozialräumliche Interventionen sind gefragt, aber auch das Bekämpfen der Diskriminierung von hohem Körpergewicht durch das kritische Hinterfragen von herrschenden Körnernormen ist absolut erforderlich. Bei Interventionen, die sich auf das Verhalten beziehen, ist es zwingend notwendig, dass diese vor dem Hintergrund der Subjektorientierung und der Koproduktion erfolgen. Nur so ist es möglich, die Adressaten und Adressatinnen, sprich übergewichtige Kinder armer Familien, tatsächlich auch zu erreichen und einen nachhaltigen Gesundheitsgewinn zu erzielen.

Literaturquellen (Auswahl):

- Barlösius, Eva. (2014). *Dicksein. Wenn der Körper das Verhältnis zur Gesellschaft bestimmt*. Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH.
- Rose, Lotte. (2005). «Überfressene» Kinder – Nachdenklichkeiten zur Ernährungs- und Gesundheitserziehung. *Neue Praxis – Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik*, 35, 19 – 34.
- Rose, Lotte & Schorb, Friedrich (Hrsg.). (2017). *Fat Studies in Deutschland. Hohes Körpergewicht zwischen Diskriminierung und Anerkennung*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Schmidt-Semisch, Henning & Schorb, Friedrich. (Hrsg.). (2008b). *Kreuzzug gegen Fette*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

1 Einleitung

«Gesundheit ist für Jeden und Jede machbar» - diese Vorstellung unterliegt im aktivierenden Sozialstaat implizit einem Grossteil von Programmen, die der Gesundheitsförderung und Prävention dienen sollen, so auch in der Schweiz (vgl. Schuwey & Knöpfel, 2014, S. 123). Dabei sind vor allem Programme zur Förderung eines gesunden Körpergewichts hoch im Kurs, da Übergewicht zu einem zentralen Problem in verschiedenen Ländern der westlichen Welt geworden ist, gerade auch bei Kindern. So bezeichnet die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Übergewicht bei Kindern als eine der grössten gesundheitlichen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts (vgl. WHO, 2018a). Es besteht der Konsens, dass es zur Förderung eines gesunden Körpergewichts einer gesunden Ernährung sowie ausreichend Bewegung bedarf. Vor diesem Hintergrund sind in der Schweiz verschiedene, vom Bund unterstützte Programme und Kampagnen entstanden, so beispielsweise die Aktion «5 am Tag» zur Verbesserung des Gemüse- und Fruchtekonsums oder das Netzwerk «Gesundheit und Bewegung Schweiz». Gemäss Lüthy (2004) stehen mehr Ressourcen zur Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens zur Verfügung als noch vor wenigen Jahren (vgl. S. 8). Eine gesunde Ernährung sowie ausreichend Bewegung sollten folglich – so die Denkweise des aktivierenden Sozialstaates – für alle möglich sein. Dabei soll mittels einer gesunden Ernährung und ausreichend Bewegung nicht nur die eigene Lebensqualität gefördert, sondern auch die Verpflichtung gegenüber dem Staat eingelöst werden, denn: Wer übergewichtig ist, so wird behauptet, belastet den Staat (vgl. Wirtz, 2010, S. 46 – 47). Es wird unmissverständlich klargemacht, dass Menschen, die trotz der zahlreichen Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen nicht in der Lage sind, ein den Normen entsprechendes Körpergewicht zu halten, selbst dafür verantwortlich sind. Das soziale Problem wird individualisiert, gesellschaftliche Bezüge werden ausgeblendet. Dieses Missverhältnis hat mich dazu veranlasst, hier einen Ausgleich schaffen zu wollen. Das Ziel dieser Arbeit ist es, den Fokus auf strukturelle Ungleichheiten im Hinblick auf die Erreichung eines gesetzten Körperideals zu legen und somit der herrschenden Problemdeutung eine alternative Problemdefinition entgegenzusetzen. Dabei interessiere ich mich in erster Linie für die strukturellen Hürden, mit denen Kinder armer Familien konfrontiert sind. Als Kinder werden in diesem Zusammenhang sämtliche Personen unter achtzehn Jahren bezeichnet. Ich gehe der Frage nach, inwiefern es sich bei Übergewicht von Kindern armer Familien um ein Phänomen handelt, das die gesundheitliche Ungleichheit innerhalb der Gesellschaft erkennbar macht. Da die Soziale Arbeit dazu angehalten ist, aus dem Prinzip der sozialen Gerechtigkeit vor dem Hintergrund von Ungleichverhältnissen ihre Verpflichtungen abzuleiten (vgl. AvenirSocial, 2010, S. 9), ergeben solche Ungleichheiten in der Gesundheit wiederum Handlungsbedarf für die Soziale Arbeit, den die vorliegende Arbeit konkretisiert.

Diese Bachelorarbeit widmet sich also zwei Hauptfragestellungen, die im Folgenden noch einmal explizit dargelegt werden:

- Inwiefern kann Übergewicht bei Kindern armer Familien anhand der gesundheitlichen Ungleichheit erklärt und dieses Erklärungsmuster somit der herrschenden Problemdeutung des sozialen Problems Übergewicht als Alternativdeutung gegenübergestellt werden?
- Welche Ansatzpunkte für Interventionen lassen sich aus der Erklärung von Übergewicht bei Kindern armer Familien anhand der gesundheitlichen Ungleichheit für das professionelle Handeln der Sozialen Arbeit ableiten?

Um diese Fragestellungen beantworten zu können, wird in einem ersten Schritt festgelegt, was in der vorliegenden Arbeit unter Armut verstanden wird. Auch wird aufgezeigt, wer in der Schweiz von Armut betroffen ist und welche allgemeinen Auswirkungen ein Leben in Armut haben kann. Diese Inhalte sind im zweiten Kapitel zu finden.

Im dritten Kapitel wird Armut in Verbindung mit dem Thema Gesundheit gebracht, wofür ebenfalls zuerst das dieser Arbeit zugrundeliegende Verständnis von Gesundheit beschrieben wird. Im Anschluss wird anhand von Forschungsergebnissen zur gesundheitlichen Ungleichheit aufgezeigt, inwiefern Armutsbetroffene in der Gesundheit benachteiligt sind und welche Erklärungsansätze dafür vorliegen.

Im vierten Kapitel wird die Thematik Übergewicht als ein spezifischer Aspekt von Gesundheit in den Blick genommen und auf der beschreibenden Ebene betrachtet. Hierzu wird zuerst eine Definition von Übergewicht gegeben. Zudem wird darauf eingegangen, wie das Thema Übergewicht von einem individuellen zu einem sozialen Problem gewachsen ist. In einem nächsten Schritt wird aufgezeigt, wie verbreitet Übergewicht bei Kindern in der Schweiz ist, welche Kinder überwiegend betroffen sind und welche Auswirkungen ein zu hohes Körpergewicht auf die betroffenen Kinder haben kann.

Das Kapitel fünf wechselt von der beschreibenden auf die erklärende Ebene und widmet sich der Frage, welche Erklärungen für Übergewicht im gesellschaftlichen Diskurs in erster Linie vorhanden sind. Hierzu wird auf die Problemdeutungen «Adipositas als Epidemie» und «Adipositas als abweichendes Verhalten» eingegangen. Im Anschluss wird diesen Problemdefinitionen eine Alternativdeutung entgegengesetzt, die Übergewicht bei Kindern armer Familien als Ausdruck der gesundheitlichen Ungleichheit versteht.

Im sechsten Kapitel werden auf Basis dieser vorgeschlagenen Alternativdeutung, «Übergewicht als Ergebnis gesundheitlicher Ungleichheit», mögliche Interventionsansätze der Sozialen Arbeit vorgestellt. Dies, bevor im letzten Kapitel die Erkenntnisse anhand der Beantwortung der Hauptfragestellungen noch einmal zusammengefasst werden.

2 Armut

Für den Begriff der Armut gibt es keine einheitlichen Definitionen. Laut Weimann (2018) ist das, was als Armut gilt, immer abhängig von der Gesellschaft, in der das Phänomen bewertet wird. Auch sei es für die Beschreibung von Armut massgebend, wer in einer spezifischen Gesellschaft über Deutungsmacht verfüge. Dabei weist die eben zitierte Autorin darauf hin, dass Armut meist von denjenigen Personen definiert wird, die selbst nicht betroffen sind (vgl. S. 28 – 29). So sind für die Beschreibung von Armut unterschiedliche Konzepte entstanden, die jeweils andere Aspekte in den Blick nehmen. Im Folgenden wird als eine Möglichkeit für die Definition von Armut die Position von Caritas vorgestellt, bevor anschliessend auf statistische Daten zur Armutsbetroffenheit sowie auf die Auswirkungen von Armut eingegangen wird. Die Ursachen von Armut werden bewusst nicht thematisiert, da dies den Rahmen der vorliegenden Arbeit, die sich in erster Linie mit der gesundheitlichen Ungleichheit als mögliche Folge von Armut beschäftigt, sprengen würde.

2.1 Definition von Armut

Für die vorliegende Arbeit wird für die Definition von Armut das Verständnis von Caritas nach Schuwey und Knöpfel (2014) verwendet. Da es Caritas gelingt, drei verschiedene Armutskonzepte - eindimensionale als auch mehrdimensionale - in ihre Beschreibung von Armut zu integrieren, scheint diese Definition am ehesten der Komplexität und Mehrschichtigkeit des Phänomens gerecht zu werden. Um die Herleitung der Definition transparent zu machen, werden im Folgenden die Armutskonzepte kurz umrissen, welche die drei Dimensionen des Armutsverständnisses nach Caritas begründen. Auf die Nennung von Vor- und Nachteilen der verschiedenen Konzepte wird dabei verzichtet, da erstens der Fokus dieser Arbeit nicht auf der Beurteilung von Armutskonzepten liegt und zweitens die Kombination der drei Armutskonzepte die jeweiligen Nachteile in einem gewissen Mass zu kompensieren vermag. Um die Definition zudem der Zielgruppe dieser Arbeit, den Kindern armer Familien, anzupassen, werden spezifische Eigenschaften von Kinderarmut nach Weimann (2018) in das Verständnis von Caritas integriert.

Als erstes Armutskonzept geht der Ressourcenansatz in die Definition von Armut nach Schuwey und Knöpfel (2014) ein. Der Ressourcenansatz sieht Armut als einen Mangel an finanziellen Ressourcen an. Arm ist, wer über ein zu niedriges Einkommen verfügt. Es handelt sich somit um ein eindimensionales Konzept. Der Ressourcenansatz blickt immer auf einen Haushalt als Ganzes. Geht man vom Ressourcenansatz aus, so kann Armut durch die Bereitstellung ausreichender finanzieller Mittel bekämpft werden. (vgl. S. 23 – 24)

Aus dem Ressourcenansatz ergibt sich für das Verständnis von Caritas die folgende Dimension: «Wer von Armut betroffen ist, lebt in einem Haushalt, dessen Einkommen unter dem sozialen Existenzminimum liegt» (Schuwey & Knöpfel, 2014, S. 28). Auch Weimann (2018) ist der Ansicht, dass die ökonomischen Ressourcen bei der Beschreibung von Armut unbedingt berücksichtigt werden müssen, denn die Unterversorgung in verschiedenen Lebensbereichen ist meist Resultat von mangelnden finanziellen Mitteln (vgl. S. 35).

Der nächste Ansatz, welchen Schuwey und Köpfel (2014) zur Definition von Armut hinzuziehen, bezieht sich genau auf diese Unterversorgung in verschiedenen Lebensbereichen, die allenfalls ökonomisch bedingt sein kann. Der Lebenslagenansatz betrachtet verschiedene Lebensbereiche, so zum Beispiel die Arbeit und das damit zusammenhängende Einkommen, die Bildung, die Wohnsituation, die Gesundheit, den Aufenthaltsstatus oder die soziale Integration und untersucht diese auf die je vorhandenen Ressourcen. Es handelt sich beim Lebenslagenansatz also um ein mehrdimensionales Konzept. Arm ist in diesem Zusammenhang eine Person, die in einem oder mehreren Lebensbereichen eine gewisse Mindestausstattung unterschreitet, wobei die einzelnen Lebensbereiche miteinander verknüpft sind und sich gegenseitig beeinflussen. Zur Beschreibung einer Unterausstattung in mehreren Lebensbereichen benutzt der Lebenslagenansatz den Begriff Deprivation. In Bezug auf Massnahmen zur Bekämpfung von Armut sind aus Sicht des Lebenslagenansatzes nicht nur finanzielle Massnahmen erforderlich, sondern auch Massnahmen in der Arbeitsmarkt-, Bildungs- oder Gesundheitspolitik. (vgl. S. 24 – 25)

Weimann (2018) erachtet insbesondere das Lebenslagenkonzept als geeignet für die Erfassung von Kinderarmut. So ist es ihrer Meinung nach mittels des Lebenslagenkonzepts möglich, neben der objektiven Bestimmung von Armut bei Kindern auch deren subjektive Wahrnehmung und Bewertung der Situation miteinbeziehen zu können (vgl. S. 34). Auch Schuwey und Knöpfel (2014) plädieren für eine Kombination von objektiven und subjektiven Indikatoren, um Armut zu erfassen (vgl. S. 23). Da jeder Mensch die Wirklichkeit subjektiv wahrnimmt (vgl. von Spiegel, 2013, S. 29), kann die Einschätzung von objektiven Bedingungen unterschiedlich aussehen. Um die subjektive Sicht der Kinder zu berücksichtigen, schlägt Weimann (2018) vor, im Lebenslagenkonzept sämtliche Bereiche einzubeziehen, die für Kinder relevant sind. Sie empfiehlt die Verwendung der Dimensionen Wohnung, Wohnumfeld, soziale Netzwerke, Gesundheit, Bildung, Freizeit und Kultur. Folglich sollten Fachleute objektiv einschätzen, wie es bei den Kindern um die einzelnen Dimensionen bestellt ist sowie sie zu ihrem eigenen Empfinden befragen. Auf diese Weise kann eine subjektorientierte Darstellung der Lebenslagen und somit eine Einschätzung der Armut erreicht werden (vgl. S. 34 –

37). Diese starke Miteinbeziehung der Subjektperspektive ist gerade auch für die Soziale Arbeit von Bedeutung und erstrebenswert, da sie der Subjektorientierung als ein zentrales Charakteristikum der beruflichen Handlungsstruktur entspricht (vgl. von Spiegel, 2013, S. 28 – 30).

Auf Basis des Lebenslagenansatzes ergibt sich die zweite Dimension des Armutsverständnisses nach Caritas: «Wer von Armut betroffen ist, lebt in einer prekären Situation, die nicht nur von einem Mangel an finanziellen Mitteln geprägt ist. Armutsbetroffene leben oft in zu kleinen, lärmbelasteten Wohnungen, müssen mit gesundheitlichen Einschränkungen kämpfen, konnten keine berufliche Ausbildung absolvieren, haben keinen festen Arbeitsplatz, leiden immer wieder unter Spannungen in der Partnerschaft und in der Familie und ziehen sich aus dem gesellschaftlichen Leben zurück» (Schuwey & Knöpfel, 2014, S. 28).

Die letzte Dimension der Armutsdefinition nach Caritas orientiert sich am Capability-Ansatz nach Amartya Sen. Laut dem Capability-Ansatz sind Menschen arm, wenn es ihnen an Verwirklichungsmöglichkeiten oder -chancen fehlt, ihr Leben nach eigenen Interessen so frei zu gestalten, dass die Grundlagen der Selbstachtung nicht in Frage gestellt werden. Dieser Mangel an Verwirklichungsmöglichkeiten beziehungsweise -chancen zeigt sich beispielsweise bei der eingeschränkten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, am Bildungssystem oder beim Zugang zu gesunder Ernährung. Dabei entstehen Verwirklichungsmöglichkeiten beziehungsweise -chancen sowohl durch individuelle Potentiale als auch durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen. Daraus lässt sich schliessen, dass aus Sicht des Capability-Ansatzes Armut durch die Förderung individueller Potentiale als auch durch die Veränderung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen bekämpft werden soll. (vgl. Schuwey & Knöpfel, 2014, S. 28)

Aus dem Capability-Ansatz leiten Schuwey und Knöpfel (2014) die dritte Dimension ihres Armutsverständnisses ab, die wie folgt lautet: «Wer von Armut betroffen ist, dem oder der mangelt es an konkreten Handlungsperspektiven und Lebenschancen» (S. 28).

2.2 Armutsbetroffene: Zahlen und Fakten

Für die statistische Erfassung von Armut wird das Phänomen meist eindimensional an der monetären Armut gemessen und anhand einer politisch festgelegten Grenze definiert (vgl. Weimann, 2018, S. 30 – 31). In der Schweiz wird die Grenze für die Armutsbetroffenheit, das sogenannte soziale Existenzminimum, von der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) bestimmt (vgl. Schuwey & Knöpfel, 2014, S. 65). Dabei beinhaltet das soziale Existenzminimum die Wohnkosten (in der Regel ungefähr CHF 800.- für eine Einzelperson), die

medizinische Grundversorgung, den Grundbedarf (momentan CHF 986.- für eine Einzelperson (vgl. SKOS, 2017, B. 2-4)) sowie allfällige situationsbedingte Leistungen (vgl. SKOS, 2005, A. 6-2 – A. 6-3).

Das Bundesamt für Statistik veröffentlicht auf der Basis gesamtschweizerischer Erhebungen jährlich Statistiken zum Einkommen und den Lebensbedingungen in der Schweiz (SILC). Dadurch, dass nebst den monetären Aspekten auch soziale Merkmale erfasst werden, ist es möglich, Armutsrisikofaktoren zu erkennen. Schuwey und Knöpfel (2014) benennen die folgenden Faktoren als entscheidende Einflussgrößen für Armut: die Haushaltsform, die Arbeitsmarktteilnahme, die Bildung, das Geschlecht, die Nationalität sowie das Alter. So konnte aufgezeigt werden, dass Alleinlebende, Einelternhaushalte, Paarhaushalte mit drei oder mehr Kindern, Nichterwerbstätige, Personen ohne nachobligatorische Bildung, Frauen, ausländische Staatsangehörige sowie Personen ab fünfundsechzig Jahren beziehungsweise Rentner und Rentnerinnen überdurchschnittlich von Armut betroffen sind (vgl. S. 67). Für die vorliegende Arbeit werden Daten aus der SILC-Statistik von 2014 verwendet, da in diesem Jahr ein spezieller Fokus auf die Armut von Kindern gelegt wurde. Im Jahr 2014 betrug das soziale Existenzminimum für zwei Erwachsene mit zwei Kindern unter vierzehn Jahren rund CHF 4031.- im Monat. Die Ausgaben für die Krankenkassenprämien sind beim genannten Wert nicht enthalten, da sie schon vorher abgezogen wurden (vgl. BfS, 2016, S. 7). Auf Basis der jeweiligen Grenzwerte waren im Jahr 2014 543'686 Menschen von Armut betroffen. Dies entspricht etwas weniger als sieben Prozent der gesamtschweizerischen Bevölkerung (vgl. BfS, 2018). Davon waren 73'000 der Armutsbetroffenen unter achtzehn Jahren, also Kinder. Jedes zwanzigste Kind war somit von Armut betroffen. Das bedeutet, dass etwa dreizehn Prozent aller Armutsbetroffenen Kinder waren (vgl. BfS, 2016, S. 8). Dabei sind armutsbetroffene Kinder in der Sozialhilfe überdurchschnittlich vertreten. Sie machen knapp einen Drittel aller Sozialhilfebeziehenden aus (vgl. Schuwey & Knöpfel, 2014, S. 77). Dies macht deutlich, dass Familien mit Kindern öfters finanzielle Hilfe in Anspruch nehmen als Familien ohne Kinder. Ein Grund hierfür könnte sein, dass aufgrund der elterlichen Verpflichtungen ein grösserer Druck erwächst, finanzielle Hilfe anzunehmen. Aufgrund der hohen Armutsbetroffenheit von Kindern und ihrer starken Präsenz in der Sozialhilfe wird auch von einer «Infantilisierung der Armut» gesprochen (vgl. Lampert & Richter, 2009, S. 209).

Auch bei den Kindern zeigen sich die Faktoren Haushaltsform, Arbeitsmarktteilnahme der Eltern, Bildung der Eltern sowie Nationalität der Eltern als entscheidende Einflussgrößen für die Armut. So konnte das Bundesamt für Statistik (2016) aufzeigen, dass die meisten armutsbetroffenen Kinder in Einelternhaushalten aufwachsen. Des Weiteren konnte erkannt werden, dass vor allem Kinder von Armut betroffen sind, die in Haushalten ohne erwerbstätige Erwachsene leben. Das Vorhandensein einer Erwerbstätigkeit beziehungsweise das mit

der Erwerbstätigkeit erzielte Einkommen hängt wiederum stark von der Bildung der Eltern ab. Schliesslich sind auch Kinder, deren Eltern nicht über die schweizerische Staatsbürgerschaft verfügen, überdurchschnittlich häufig von Armut betroffen. Dabei wird darauf hingewiesen, dass eine ausländische Staatsangehörigkeit häufig mit einer niedrigen Bildung zusammenhängt. (vgl. S. 8 – 10)

2.3 Auswirkungen von Armut

Während die statistische Erfassung von armutsbetroffenen Personen anhand objektiver monetärer Faktoren geschieht, macht die dieser Arbeit zugrunde liegende Definition deutlich, dass Armut viel weitreichender ist als ein Mangel an finanziellen Ressourcen. Armut bedeutet neben den zu geringen finanziellen Ressourcen eine Prekarität in verschiedenen Lebensbereichen sowie einen Mangel an konkreten Handlungsperspektiven und Lebenschancen (vgl. Schuwey & Knöpfel, 2014, S. 28); Armut bringt folglich zahlreiche Auswirkungen mit sich. Allerdings kann die vorliegende Arbeit zu den allgemeinen möglichen Auswirkungen von Armut auf betroffene Personen lediglich einen Überblick leisten, da der Fokus spezifisch auf die Auswirkungen von Armut auf die individuelle Gesundheit, konkreter auf ein gesundes Körpergewicht, gelegt wird.

Weimann (2018) gruppiert die Auswirkungen von Armut in vier Beeinträchtigungsbereiche, wobei die einzelnen Bereiche in Wechselwirkung zueinanderstehen. Sie nennt den Bereich der materiellen Beeinträchtigung, der psychischen Beeinträchtigung, der sozialen Beeinträchtigung sowie der sozial-ökologischen Beeinträchtigung. Dabei zeigen sich die Beeinträchtigungen laut der Autorin vor allem, wenn die Armut eine gewisse Zeit andauert und zu wenig Ressourcen vorhanden sind, um der belastenden Lebenssituation entgegenzutreten zu können (vgl. S. 60 – 64). Da Armut von jeder Person anders erlebt wird (vgl. Schuwey & Knöpfel, 2014, S. 121) und sich somit auch die Einschätzungen über erlebte Auswirkungen von Armut unterscheiden, ist es wiederum wichtig, die Perspektive der Zielgruppe dieser Arbeit, der Kinder armer Familien, miteinzubeziehen. Kinder erleben Armut anders als Erwachsene (vgl. Weimann, 2014, S. 60). Im Folgenden wird daher bei den möglichen Auswirkungen von Armut jeweils - neben den objektiven Beschreibungen - die subjektive Kindersicht beigezogen.

Unter die materiellen Beeinträchtigungen können die direkten Auswirkungen der mangelnden finanziellen Ressourcen subsumiert werden. Armutsbetroffene stehen unter einem finanziellen Druck. Sie müssen Abstriche machen und laufen Gefahr, sich zu verschulden, gerade bei unerwarteten Ausgaben (vgl. Schuwey & Knöpfel, 2014, S. 121 – 122). Die Kinder erleben diesen Mangel an finanziellen Mitteln als Nicht-Mithalten-Können. So können sie beispielsweise nicht denselben Hobbys nachgehen oder dieselben Kleider tragen wie Gleichaltrige.

Auch sind sie teilweise von Aktivitäten ausgeschlossen, da es ihnen an Taschengeld fehlt (vgl. Weimann, 2018, S. 65).

Der Mangel an finanziellen Mitteln führt zum Bereich der psychischen Beeinträchtigungen. Der andauernde finanzielle Druck kann sich stark belastend auf die Psyche der Eltern auswirken und bis hin zu psychischen Erkrankungen führen (vgl. Schuwey & Knöpfel, 2014, S. 122). Diesen psychischen Stress erleben die Kinder laut Weimann (2018) direkt mit. Die eben genannte Autorin argumentiert, dass es den Eltern teilweise aufgrund der belastenden Lebenssituation nicht möglich ist, ihren Kindern die schützende, liebevolle und anregungsinensive Umgebung zu bieten, die für eine optimale Entwicklung notwendig wäre. Auch leiden die Kinder am Gefühl des Nicht-Mithalten-Könnens, welches sich häufig in Scham über die eigene Lebenssituation sowie Angst und Unsicherheit gegenüber ausserfamiliären Kontakten und damit einhergehend einem geringen Selbstwertgefühl verfestigt. Des Weiteren erleben sie die Einsamkeit als belastend, die sich aus der sozialen Isolation ergibt, wie sie nachfolgend unter den sozialen Beeinträchtigungen beschrieben wird (vgl. S. 60 – 85).

In Bezug auf die sozialen Beeinträchtigungen konnten verschiedene Untersuchungen nachweisen, dass armutsbetroffene Personen über weniger soziale Beziehungen verfügen und seltener geselligen Aktivitäten nachgehen. Dies kann zum einen mit der Stigmatisierung erklärt werden, welcher Armutsbetroffene ausgesetzt sind, aber auch mit den mangelnden finanziellen, räumlichen oder zeitlichen Mitteln (vgl. Schuwey & Knöpfel, 2014, S. 135). Bei den Kindern zeigt sich dies gemäss Weimann (2018) in einer Armut an Beziehungen zu Gleichaltrigengruppen – sei es, dass die Kinder sich selbst zurückziehen oder von den Gleichaltrigengruppen ausgegrenzt werden. Die Autorin subsumiert zudem die Bildungungleichheit unter die sozialen Beeinträchtigungen. Kinder armutsbetroffener Familien verfügen über geringere Chancen im Bildungssystem. So sind beispielsweise vorschulische Angebote aufgrund der finanziellen Notlage meist nicht möglich oder die Kinder können keine weiterführenden Schulen besuchen (vgl. S. 89 – 94). Schuwey und Knöpfel (2014) benennen des Weiteren die mangelnde Unterstützung und deren Qualität sowie die fehlenden Rückzugsmöglichkeiten zum Lernen als Nachweise für die ungleichen Bildungschancen (vgl. S. 129 – 132).

Die mangelnden Rückzugsmöglichkeiten verweisen wiederum auf die sozial-ökologischen Beeinträchtigungen. Armutsbetroffene Personen leben oft in prekären Wohnverhältnissen. Da sie ihre Wohnung entsprechend den finanziellen Ressourcen auswählen müssen, handelt es sich häufig um sanierungsbedürftige, zu kleine Wohnräume in Quartieren mit schlechter Infrastruktur, wenig Grünflächen und hoher Verkehrsbelastung (vgl. Schuwey & Knöpfel, 2014, S. 129 – 131). Aufgrund des knappen Wohninnenraums ist das Einladen von Freun-

den und Freundinnen für Kinder armutsbetroffener Familien häufig nicht möglich, was wiederum die Pflege von sozialen Kontakten einschränkt. Auch empfinden die Kinder ihr Wohnumfeld als unattraktiv, da es zu wenig Spielmöglichkeiten und Grünflächen bietet (vgl. Weimann, 2018, 98 – 100).

Die Ausführungen zu den möglichen Auswirkungen von Armut auf betroffene Personen mit speziellem Fokus auf die Kinder sind keinesfalls vollständig, da dies, wie bereits erwähnt, nicht der Anspruch war. Es sollte lediglich ein Überblick geschaffen werden, um aufzuzeigen, wie stark Armut die Lebensführung mitbestimmt, gerade auch bei Kindern. Dabei wurde ein wichtiger Zusammenhang bewusst weggelassen; nämlich der Zusammenhang zwischen Armut und der individuellen Gesundheit. Diesem Zusammenhang wird im nächsten Kapitel ein besonderes Interesse geschenkt, bevor darauffolgend noch spezifischer auf den Zusammenhang von Armut und einem gesunden Körpergewicht eingegangen wird.

3 Armut und Gesundheit: gesundheitliche Ungleichheit

Bevor auf den Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit eingegangen wird, soll das Verständnis des Begriffes Gesundheit, von dem die vorliegende Arbeit ausgeht, dargelegt werden. Eine prominente Gesundheitsdefinition ist diejenige der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die unter Gesundheit den Zustand des vollständigen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens versteht und nicht lediglich die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen (vgl. WHO, 2018c). Allerdings wird diese Definition von verschiedenen Autoren und Autorinnen als realitätsferner Idealzustand kritisiert, der kaum von jemandem erreicht werden kann (vgl. Schuwey & Knöpfel, 2014, S. 123; Kiesel, 2012, S. 161; Hurrelmann, 2000, S. 87). In der vorliegenden Arbeit wird daher ein differenzierteres Verständnis von Gesundheit angestrebt. Hierfür eignet sich die Definition von Gesundheit nach Hurrelmann (2010). Hurrelmann strebt mit seiner Definition ein integratives Konzept an, das die Definitionen von Gesundheit verschiedener Disziplinen, konkret von Gesellschaftstheorien, Public-Health-Theorien, Lerntheorien und Bewältigungstheorien, zu vereinen vermag und somit einen Konsens über das Verständnis von Gesundheit bildet (vgl. S. 113).

3.1 Definition von Gesundheit

Laut Hurrelmann (2010) muss eine konsensfähige Definition von Gesundheit die folgenden Grundsätze berücksichtigen (vgl. S. 138 – 145):

- Gesundheit ergibt sich aus einem Wechselspiel von sozialen und personalen Faktoren, welches den Gesundheitszustand prägt. Unter die personalen Faktoren subsumiert der Autor die genetische Veranlagung, die körperliche Konstitution, Immun-, Nerven- und Hormonsystem, Persönlichkeitsstruktur, Temperament und Belastbarkeit. Zu den sozialen Faktoren zählt er die sozioökonomische Lage, das ökologische Umfeld, die Wohnbedingungen, die hygienischen Verhältnisse, die Bildungsangebote, die Arbeitsbedingungen, die private Lebensform sowie die soziale Einbindung. Dabei hängt der Möglichkeitsraum für die Entfaltung der personalen Faktoren für Gesundheit massgebend von den sozialen Verhältnissen ab.
- Gesundheit kann als Stadium des Gleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene verstanden werden. Das Gleichgewicht ist dynamisch und muss immer wieder aktiv hergestellt werden. Gelingt dies nur teilweise, tritt ein Stadium relativer Gesundheit beziehungsweise relativer Krankheit ein. Gesundheit und Krankheit liegen somit auf einem Kontinuum.
- Gesundheit hat folglich eine körperliche, eine psychische sowie eine soziale Dimension, wobei die einzelnen Dimensionen in Wechselwirkung miteinander stehen.

- Gesundheit ist das Ergebnis einer gelungenen Bewältigung von inneren (personalen) und äusseren (sozialen) Anforderungen.
- Für eine gelungene Bewältigung dieser Anforderungen ist eine körperbewusste, psychisch sensible und umweltorientierte Lebensführung Voraussetzung. Diesen Grundsatz leitet Hurrelmann unter anderem vom Kohärenzgefühl des salutogenetischen Modells ab. Laut dem Entwickler des Salutogenese-Konzepts, Aaron Antonovsky (1997), ist das Kohärenzgefühl eine Hauptdeterminante für das Stadium, welches ein Individuum auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum einnimmt. Das Kohärenzgefühl beinhaltet die Dimensionen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. Verstehbarkeit bezieht sich auf das Ausmass, in welchem Ereignisse des Lebensverlaufs als geordnet, sinnhaft und erklärbar wahrgenommen werden. Handhabbarkeit meint das Vertrauen in das Vorhandensein geeigneter Ressourcen, um Anforderungen, die sich durch bestimmte Ereignisse im Lebensverlauf ergeben, entgegenzutreten zu können. Unter Bedeutsamkeit versteht der Autor den Sinn, der dem eigenen Leben verliehen wird und der es lohnenswert macht, Herausforderungen anzugehen. Dabei scheint diese motivationale Komponente die Bedeutendste zu sein. (vgl. S. 34 – 37)
- Für die Bestimmung, in welchem Stadium von Gesundheit beziehungsweise Krankheit sich ein Mensch befindet, ist zudem die subjektive Wahrnehmung von grosser Bedeutung, denn Fremd- und Selbsteinschätzung von Gesundheitsstadien können sich auf der körperlichen, auf der psychischen als auch auf der sozialen Dimension voneinander unterscheiden.

Aus diesen Grundsätzen leitet Hurrelmann (2010) die folgende Definition von Gesundheit ab: «Gesundheit bezeichnet den Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich psychisch und sozial in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äusseren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist nach diesem Verständnis ein angenehmes und durchaus nicht selbstverständliches Gleichgewichtsstadium von Risiko- und Schutzfaktoren, das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut in Frage gestellt ist. Gelingt das Gleichgewicht, dann kann dem Leben Freude und Sinn abgewonnen werden, es ist eine produktive Entfaltung der eigenen Kompetenzen und Leistungspotentiale möglich und es steigt die Bereitschaft, sich gesellschaftlich zu integrieren und zu engagieren» (S. 146).

Des Weiteren plädiert der Autor dafür, auch den Begriff der relativen Gesundheit beziehungsweise der relativen Krankheit zu berücksichtigen, um dem Kontinuum, auf dem Gesundheit und Krankheit liegen, gerecht zu werden. Im Stadium der relativen Gesundheit be-

ziehungsweise der relativen Krankheit kann das Gleichgewicht zwischen Schutz- und Risikofaktoren nur bedingt eingestellt werden, da die Bewältigung von inneren und äusseren Anforderungen nur teilweise gelingt. Wohlbefinden sowie Lebensfreude ist nur begrenzt möglich (vgl. S. 146).

3.2 Gesundheitliche Ungleichheit

Die Definition nach Hurrelmann (2010) macht ersichtlich, dass soziale Verhältnisse einen bedeutenden Einfluss auf die Gesundheit haben. Zwischen dem sozioökonomischen Status und der Gesundheit besteht ein Zusammenhang, wie in der Vergangenheit verschiedene Studien aufzeigen konnten (vgl. Huwiler, Amstutz & Minder, 2003, S. 55). «Je niedriger der sozioökonomische Status, desto schlechter tendenziell die Gesundheit und desto höher die Sterblichkeit» (Huwiler, Amstutz und Minder, 2003, S. 55). Dieser Sachverhalt wird je nach Quelle als soziale Ungleichheit in der Gesundheit (vgl. Huwiler, Amstutz & Minder, 2003; Siegrist & Marmot, 2008) beziehungsweise als gesundheitliche Ungleichheit (vgl. Richter & Hurrelmann, 2009) bezeichnet. In der vorliegenden Arbeit werden beide Begriffe verwendet. Laut Richter und Hurrelmann (2009) handelt es sich bei der gesundheitlichen Ungleichheit um ein universelles Phänomen. In sämtlichen Ländern, für die Daten vorliegen, konnte nachgewiesen werden, dass benachteiligte Bevölkerungsschichten ein höheres Sterberisiko aufweisen. Diese Ungleichheit hat sich gemäss den soeben genannten Autoren im Verlauf der letzten Jahre noch zusätzlich verschärft (vgl. S. 17 - 19). Allerdings besteht die Ungleichheit nicht nur in Bezug auf die höhere Mortalitätsrate tieferer sozialer Schichten, sondern auch bezüglich der Häufigkeit von Krankheiten (Morbidity) sowie der subjektiven Gesundheit (vgl. Huwiler, Amstutz & Minder, 2003, S. 55). Menschen, die sozial schlecht gestellt sind, leiden häufiger an Krankheiten und schätzen ihre Gesundheit insgesamt schlechter ein. Eine Literaturanalyse zur gesundheitlichen Ungleichheit in der Schweiz, die im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) erstellt wurde, kommt zum Schluss, dass in der Schweiz unter anderem Personen mit tiefem Bildungsniveau, Personen, welche finanziell schlecht abgesichert sind, Personen mit niedrigem Berufsstatus, Personen mit schwacher Integration in den Arbeitsmarkt sowie Personen, die in sozialer Isolation leben eine grössere Wahrscheinlichkeit aufweisen, von gesundheitlicher Ungleichheit betroffen zu sein (vgl. Schnyder-Walser, Ruffin, Grunder & Widmer, 2015, S. 4). Dabei macht die Definition von Armut nach Caritas ersichtlich (vgl. Schuwey & Knöpfel, 2014, S. 28), dass dies allesamt Merkmale sind, die Bevölkerungsgruppen, die in Armut leben, aufweisen können. Kommen die genannten Risikofaktoren für eine schlechtere Gesundheit in Kombination vor, so kann es zusätzlich zu einer Erhöhung der Vulnerabilität kommen (vgl. Schnyder-Walser, Ruffin, Grunder & Widmer, 2015, S. 4).

Während sich die ersten Forschungsbeiträge zum Thema gesundheitliche Ungleichheit laut Richter und Hurrelmann (2009) in erster Linie mit der Beschreibung des Phänomens befasst

haben, geht es in den weiterführenden Studien vor allem auch um die Erklärung der Unterschiede in der Gesundheit. Die beiden Autoren argumentieren, dass es als erstes Beschreibungen braucht, um Erklärungen für die gesundheitliche Ungleichheit finden zu können und Erklärungen wiederum zwingend notwendig sind, um politische Massnahmen zur Reduzierung planen zu können. Die einzelnen Forschungsschritte Beschreibung, Erklärung und Reduzierung sind also aufeinander aufbauend. Dass es Massnahmen zur Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheit braucht, begründen die Autoren damit, dass sie vermeidbare gesundheitliche Ungleichheiten als ein Versagen des Sozialstaates ansehen. (vgl. S. 13 - 15)

Im Folgenden wird kurz aufgezeigt, welche beschreibenden und erklärenden Ergebnisse der aktuelle Forschungsstand zur sozialen Ungleichheit in der Gesundheit im Allgemeinen präsentiert. Auf diese Weise wird eine Basis geschaffen, um dieselben Überlegungen im Anschluss auf die Thematik Übergewicht bei Kindern armer Familien anwenden zu können. Der Forschungsschritt Reduzierung wird in Kapitel sechs direkt in Bezug auf Massnahmen betreffend übergewichtiger Kinder sozioökonomisch tiefer Schichten behandelt.

Um gesundheitliche Ungleichheit beschreiben zu können, bedarf es in erster Linie einer Methode, die in der Lage ist, den sozioökonomischen Status zu messen. In der Forschung werden verschiedene Indikatoren zur Messung verwendet. Häufig wird der Beruf, das Einkommen oder die Bildung beigezogen, um die vertikale Gliederung in der Gesellschaft explizit zu machen (vgl. Huwiler, Amstutz & Minder, 2003, S. 55; Richter & Hurrelmann, 2009, S. 16). Dabei weisen die Indikatoren jeweils Vor- und Nachteile auf, beispielsweise können über das Einkommen nicht erwerbstätige Personen oftmals nicht angemessen erfasst werden. Aus diesem Grund zeigt sich die gesundheitliche Ungleichheit je nach gewähltem Indikator unterschiedlich, was durch die Verwendung verschiedener Indikatoren ausgeglichen werden kann (vgl. Siegrist & Marmot, 2008, S. 17 – 18). Huwiler, Amstutz und Minder (2003) plädieren dafür, den Indikator der höchsten absolvierten Ausbildung zu verwenden, da dieser zeitlich stabil sei (vgl. S. 55). Der gemessene sozioökonomische Status wird in einem zweiten Schritt mit der Häufigkeit von gesundheitlichen Risiken und Problemen verglichen. Auf diese Weise konnte gemäss Siegrist und Marmot (2008) erkannt werden, dass die sozialen Ungleichheiten in der Gesundheit nicht nur zwischen den höchsten und den tiefsten Bevölkerungsgruppen erkennbar sind, sondern sich als sozialen Gradienten durch die gesamte Gesellschaft ziehen; so korreliert beispielsweise das Mortalitätsrisiko mit der jeweiligen sozialen Position (vgl. S. 16). Die Häufigkeit von Krankheiten sowie von gesundheitsbedingten Todesfällen nimmt also sukzessive zu und die subjektive Gesundheit ab, je niedriger der sozioökonomische Status ist. Dabei ist dieser Gradient unter anderem in der frühen Kindheit am stärksten ausgeprägt (vgl. Siegrist & Marmot, 2008, S. 17).

Wie lassen sich nun diese Ergebnisse erklären? Hierfür hat der Black Report, der in den 1980er Jahren in Grossbritannien veröffentlicht wurde, wichtige Erkenntnisse geliefert, die bis heute noch aktuell sind (vgl. Richter & Hurrelmann, 2009, S. 20). Der Black Report hat vier Erklärungsansätze vorgeschlagen (vgl. Siegrist & Marmot, 2008, S. 21):

- Die erste Erklärungshypothese wird vom Black Report als Artefakt bezeichnet. Die gemessenen Zusammenhänge zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit sollen aufgrund von Zufällen oder Messfehlern entstanden sein. Allerdings konnte diese Hypothese widerlegt werden.
- Der Erklärungsansatz der natürlichen und sozialen Selektion besagt, dass Personen mit gesundheitlichen Problemen sozial absteigen und deshalb vermehrt in den tieferen Schichten vorzufinden sind. Dieser Erklärungsansatz dreht somit die Kausalrichtung um. Auch wenn laut Huwiler, Amstutz und Minder (2003) solche sozialen Abstiege aufgrund der Gesundheit nachgewiesen werden konnten, beispielsweise bei psychisch kranken Personen, so zeigt sich die andere Kausalrichtung, sprich der sozioökonomische Status als entscheidender Faktor für die Gesundheit, als wahrscheinlicher (vgl. S. 61).
- Des Weiteren wurde der kulturell-verhaltensbezogene Erklärungsansatz ausgearbeitet. Laut diesem Erklärungsansatz weisen die einzelnen sozioökonomischen Schichten unterschiedliche Muster des Gesundheitsverhaltens auf. Diese schichtspezifischen Verhaltensweisen können mit dem Klassenhabitus nach Bourdieu (zit. in Fuchs-Heinritz & König, 2014) erklärt werden, der sich aufgrund ähnlicher Sozialisationslagen in einem Milieu entwickelt (vgl. S. 90). Da die Familie als zentrale Sozialisationsinstanz von Kindern zum einen deren personale Identität konstituiert und zum anderen kollektive und soziale Identitäten begründet (vgl. Niederbacher & Zimmermann, 2011, S. 71), werden im Kindesalter demnach wichtige Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsschemata vermittelt, die dem Klassenhabitus entsprechen und das gesundheitsrelevante Verhalten miteinschliessen. Dabei zeigen verschiedene Studien, dass in tieferen Schichten eher ungünstige gesundheitliche Lebensstile vorzufinden sind (vgl. Siegrist & Marmot, 2008, S. 21; Huwiler, Amstutz & Minder, 2003, S. 58; Richter & Hurrelmann, 2009, S. 25), die folglich an die Kinder weitergegeben werden. Allerdings reicht der kulturell-verhaltensbezogene Erklärungsansatz nicht aus, um die gesundheitlichen Ungleichheiten vollumfänglich zu erklären, wie Huwiler, Amstutz und Minder (2003) argumentieren (vgl. S. 62).
- Als weiterer Erklärungsansatz wird daher der materielle beigezogen. Dieser blickt auf die materiellen Lebensbedingungen, denen Individuen ausgesetzt sind, so beispielsweise das Einkommen oder die Qualität der Wohnung. Laut dem materiellen Erklärungsansatz führen die materiellen Lebensbedingungen zu einer unterschiedlichen

Verteilung von Belastungen und Ressourcen, was wiederum einen Einfluss auf die Gesundheit hat. Huwiler, Amstutz und Minder (2003) sehen im materiellen Ansatz die wichtigste Erklärung für gesundheitliche Ungleichheiten. Sie begründen dies damit, dass über die materiellen Lebensbedingungen gesundheitliche Ungleichheit von Generation zu Generation weitergegeben wird. Kinder erreichen in der Regel ähnliche Ausbildungen wie ihre Eltern, was zu einer vergleichbaren sozioökonomischen Position führt (vgl. S. 61 – 62). Auch hier kann wiederum Bourdieu (zit. in Fuchs-Heinritz & König, 2014) zur Erklärung dieses Phänomens herangezogen werden. Personen mit tieferem sozioökonomischem Status verfügen über weniger ökonomisches Kapital, was dazu führt, dass sie weniger soziale Energie und somit Möglichkeiten im Handeln haben (vgl. S. 125 – 126). Allerdings plädieren Siegrist und Marmot (2008) dafür, unter dem materiellen Erklärungsansatz nicht bloss das ökonomische Kapital miteinzubeziehen, wie dies der Black Report macht. Sie sind der Meinung, dass unter diesem Erklärungsansatz auch psychosoziale Bedingungen berücksichtigt werden sollen, da diese eng mit den materiellen Lebensumständen zusammenhängen (vgl. S. 21). So wurden in neueren Forschungen neben den materiellen Faktoren auch psychologische und psychosoziale Faktoren zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit herausgearbeitet wie beispielsweise die soziale Unterstützung am Arbeitsplatz oder im Umfeld, der eigene Status oder die Kontrolle über das eigene Leben und chronische Alltagsbelastungen wie Stress. Auch hier sind wiederum die Belastungen zwischen den Bevölkerungsschichten ungleich verteilt sowie die Ressourcen, diese zu bewältigen (vgl. Richter & Hurrelmann, 2009, S. 22 – 25).

Wenn man bedenkt, dass der (Klassen-)Habitus aufgrund der strukturellen Bedingungen entsteht, denen ein Individuum beziehungsweise eine soziale Gruppe in einer bestimmten sozialen Position ausgesetzt ist (vgl. Fuchs-Heinritz & König, 2014, S. 90), dann wird deutlich, dass der materielle und der kulturell-verhaltensbezogene Erklärungsansatz eng zusammenhängen. Das schichtspezifische Aufwachsen bedingt das Verhalten. So plädieren dann auch Siegrist und Marmot (2008) dafür, diese beiden Erklärungsansätze nicht isoliert zu betrachten (vgl. S. 19). Richter und Hurrelmann (2009) fassen sie unter dem Begriff Verursacherhypothesen zusammen (vgl. S. 20).

Die vorliegende Bachelorarbeit geht vom Verständnis aus, dass die Unterschiede in der Gesundheit in erster Linie vom sozioökonomischen Status abhängen und nicht umgekehrt. Wie in Abbildung eins dargestellt ist, beeinflusst der sozioökonomische Status die Gesundheit allerdings nicht direkt, sondern über ungleich verteilte Ressourcen und Belastungen, die mit der Position in der Gesellschaft zusammenhängen. Dabei können materielle als auch psychosoziale Ressourcen und Belastungen identifiziert werden, die eng miteinander verbunden

sind (vgl. Siegrist & Marmot, 2008, S. 21). Ebenso wird, dem Konzept des Habitus nach Bourdieu (zit. in Fuchs-Heinritz & König, 2014) folgend (vgl. S. 90), eine starke Beeinflussung des eigenen Verhaltens durch die strukturellen Lebensbedingungen angenommen.

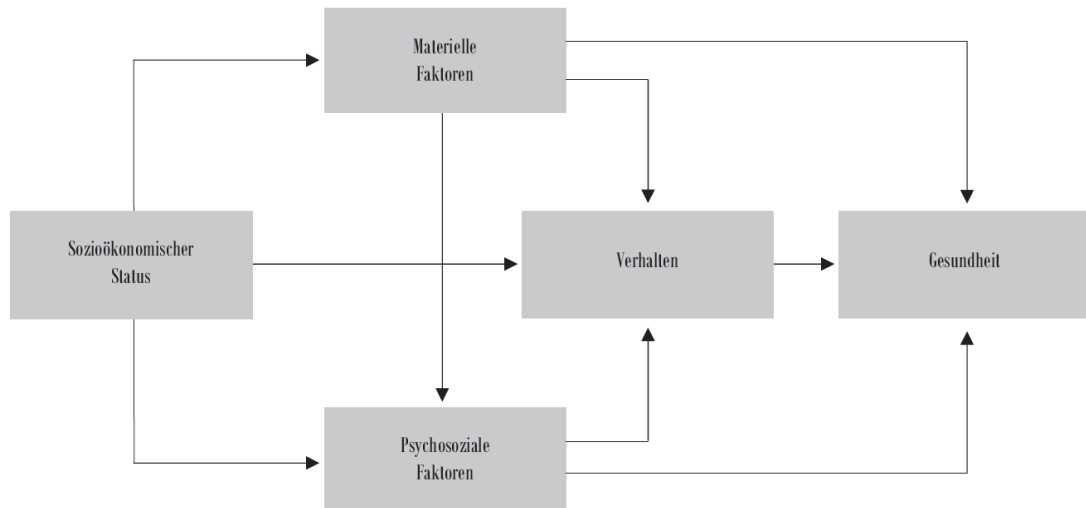


Abbildung 1: Modell zum Verständnis der Erklärungsansätze von gesundheitlicher Ungleichheit

Ein solches Kombinieren der Erklärungsansätze ist durchaus legitim. So sind auch Siegrist und Marmot (2008) der Meinung, dass sich die einzelnen Erklärungsansätze nicht ausschließen (vgl. S. 22). Richter und Hurrelmann (2009) argumentieren, dass die jeweiligen Ansätze – sie verwenden in erster Linie den materiellen, den kulturell-verhaltensbezogenen, sowie den psychosozialen – jeweils in der Lage sind, Teilaspekte zu erklären und erst in Kombination umfassende Erklärungen liefern (vgl. S. 24).

Wie bereits erwähnt, wird im Folgenden der Forschungsstand der Thematik Übergewicht bei Kindern armer Familien anhand der einzelnen Forschungsschritte Beschreibung, Erklärung und Reduzierung wiedergegeben und strukturiert.

4 Übergewicht bei Kindern armer Familien: Beschreibung

In diesem Kapitel wird Übergewicht als ein spezifischer Aspekt von Gesundheit in den Blick genommen und auf der beschreibenden Ebene betrachtet. Als erster Schritt ist wiederum eine Definition erforderlich. Hierzu wird die Übergewichtsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verwendet, da sich diese international und somit auch in der Schweiz durchgesetzt hat.

4.1 Definition Übergewicht

Die WHO definiert Übergewicht als eine vom Normalmass abweichende, übermässige Vermehrung des Körperfetts, die mit körperlichen Risiken verbunden ist. Dabei wird der Körpermassenindex, der sogenannte Body Mass Index (BMI), zur Berechnungsgrundlage verwendet (vgl. WHO, 2018b). Obwohl es noch andere Methoden zur Bestimmung von Übergewicht gäbe, wird auch in der Praxis vorwiegend die Methode des BMIs verwendet (vgl. Schorb, 2015, S. 37 - 38). Um den BMI zu berechnen, wird das Körpergewicht einer Person (in Kilogramm) durch das Quadrat ihrer Grösse (in Meter) dividiert. Beträgt bei Erwachsenen der BMI fünfundzwanzig oder mehr, so spricht man von Übergewicht. Bei einem BMI von dreissig beziehungsweise mehr als dreissig wird der Ausdruck adipös verwendet (vgl. WHO, 2018b). Diese Grenzwerte gelten bei erwachsenen Personen unabhängig von Geschlecht, Alter und ethnischer Herkunft (vgl. Schorb, 2015, S. 42).

Bei Kindern und Jugendlichen stellt sich die Festlegung von einheitlichen Grenzwerten für Übergewicht und Adipositas schwieriger dar, da sich während des Wachstumsprozesses innerhalb kurzer Zeit zahlreiche körperliche Veränderungen vollziehen. Zudem unterscheidet sich der Zeitpunkt der Entwicklung von Mädchen und Jungen. Übergewicht und Adipositas müssen daher in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht definiert werden (vgl. Schorb, 2015, S. 48). Die WHO arbeitet hierzu mit Referenztabellen, die die jeweiligen Normalwerte des BMIs für ein bestimmtes Alter sowie das Geschlecht bestimmen (vgl. WHO, 2018a).

Den festgelegten Grenzwerten ist gemeinsam, dass sie in gesellschaftlichen Aushandlungsprozessen entstanden und somit historisch variabel sind. So wurden die Grenzwerte für Übergewicht beziehungsweise Adipositas seit dem 19. Jahrhundert wiederholt abgesenkt, womit mehr übergewichtige und adipöse Menschen konstruiert wurden, ganz ohne Gewichtszunahme. Wer als übergewichtig oder adipös gilt, ist somit immer Ergebnis von gesellschaftlichen Definitionen. (vgl. Schorb, 2015, S. 15 & 37)

Wird in der vorliegenden Arbeit von Übergewicht gesprochen, so ist ebenso Adipositas damit gemeint. Diese Begriffsverwendung scheint vertretbar zu sein, da es sich bei Adipositas um

eine extreme Form von Übergewicht handelt, der Begriff Übergewicht folglich Adipositas miteinschliesst. Wird ausschliesslich der Begriff Adipositas verwendet, so beziehen sich die betreffenden Ausführungen explizit auf Adipositas, es sei denn, es ist anders vermerkt.

4.2 Übergewicht als soziales Problem

Laut Schmidt-Semisch und Schorb (2008) ist Übergewicht von einem individuellen zu einem sozialen Problem gewachsen (vgl. S. 7). Um aufzeigen zu können, weshalb es sich bei Übergewicht um ein soziales Problem handelt, greift die vorliegende Arbeit auf die Definition von sozialen Problemen nach Groenemeyer zurück. Laut Groenemeyer (2012) erfüllen soziale Probleme drei Aspekte (vgl. S. 29 - 35):

- Soziale Probleme sind soziale Bedingungen, Strukturen oder Situationen, die Schaden und Leid verursachen. Sie werden als gesellschaftliche Störung, als unerwünschte Zustände wahrgenommen, da sie sich von der dominierenden Werteordnung unterscheiden. Dabei ist die Festlegung der dominierenden Werteordnung und somit Abweichungen von derselben immer mit Deutungsmacht verbunden.
- Die Bestimmung eines sozialen Problems erfolgt allerdings in erster Linie nicht über die gesellschaftliche Störung. Der unerwünschte Zustand wird lediglich als Ausgangspunkt für gesellschaftliche Definitionen von sozialen Problemen benutzt. Deutungen von sozialen Problemen bringen diese gesellschaftliche Störung mit Erklärungen und Zuständigkeiten für Problemlösungen in einen Zusammenhang. Problemverursacher werden konstruiert. Dabei lassen sich im öffentlichen Diskurs verschiedene Deutungsmuster von sozialen Problemen vorfinden, die miteinander konkurrieren. Damit die jeweilige Deutung im öffentlichen und politischen Raum Anklang findet, muss sie mit kulturellen Mustern, Werten und Ideologien der Gesellschaft in Verbindung gebracht werden. Idealerweise ruft sie bei den Mitgliedern der Gesellschaft emotionale Reaktionen hervor. In der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe Problemdeutung und Problemdefinition synonym verwendet.
- Als letzten Aspekt nennt Groenemeyer (2012) die Veränderbarkeit von sozialen Problemen. Soziale Probleme sind Zustände oder Situationen, die verändert werden können und verändert werden sollen. Sie sollen mittels Anpassung der Sozialordnung gelöst werden. Insofern legitimieren soziale Probleme Eingriffe und Kontrolle der Politik. Massnahmen in der Politik werden auf Basis einer bestimmten Problemdeutung ergriffen, welche auf diese Weise institutionalisiert wird.

Im Folgenden wird erläutert, inwiefern die Thematik Übergewicht diese drei Aspekte eines sozialen Problems erfüllt.

Die Modernisierung hat die Disziplinierung und Moralisierung des privaten Lebens vorangetrieben. Diese Entwicklung beschreibt unter anderem Norbert Elias in seiner Zivilisationstheorie (vgl. Van der Loo & Van Reijen, 1992, S. 68 – 71). Dadurch sind laut Schorb (2015) gesellschaftliche Wertvorstellungen wie Enthaltbarkeit, Einfachheit und Mässigung wichtig geworden, wodurch sich auch das Körperideal verändert hat. Schlanksein wurde zum Schönheitsideal, da es die eben genannten Wertvorstellungen repräsentieren soll. Der Autor konstatiert eine Radikalisierung dieses Schlankheitsideals im Verlauf des 20. Jahrhunderts (vgl. S. 28 – 35). Insgesamt gewinnt der Körper immer mehr an Bedeutung. Winker und Degele (2009) zählen den Körper zu einer Kategorie, die in kapitalistischen Gesellschaften den Zugang zum sowie die Stellung im Erwerbsarbeitsmarkt strukturiert. Attraktivität und körperliche Fitness sind mitentscheidend für die Verteilung von Ressourcen (vgl. S. 38 – 51). Ein schlanker Körper wird als Beleg für die individuelle Fähigkeit zur Eigenverantwortlichkeit, Selbstkontrolle und Leistungsbereitschaft gesehen (Barlösius, 2014, S. 192). Vor diesem Hintergrund gilt ein übergewichtiger Körper als unattraktiv und von den gesellschaftlichen Normen und Werten abweichend. Laut der Studie einer deutschen Krankenkasse empfinden einundsiebzig Prozent der Befragten dicke Menschen als unästhetisch (vgl. Rose & Schorb, 2017, S. 8).

Die Ausführungen machen ersichtlich, dass Übergewicht in den westlichen Gesellschaften einen unerwünschten Zustand darstellt, der von der dominierenden Werteordnung abweicht. Der gesellschaftliche Schaden dieses unerwünschten Zustandes wird darin gesehen, dass Übergewicht sich rasant zu verbreiten scheint und dadurch hohe Folgekosten in der Gesundheitsversorgung entstehen können (vgl. Schmidt-Semisch & Schorb, 2008, S. 7).

Auch den zweiten Aspekt von sozialen Problemen nach Groenemeyer (2012) erfüllt die Thematik Übergewicht. So lassen sich im gesellschaftlichen Diskurs verschiedene Problemdeutungen für Übergewicht finden. Dabei ist die herrschende Problemdeutung gemäss Schorb (2015) die Wahrnehmung von Übergewicht als Epidemie mit globalem Ausmass, denn auch die WHO beschreibt Übergewicht als Epidemie, womit diese Bezeichnung sich erstmals nicht auf eine infektiöse Krankheit bezieht (vgl. S. 15 & 28). Die Problemdeutung von Übergewicht als Epidemie wurde somit politisch institutionalisiert. Eine Alternativdeutung ist unter anderem die Wahrnehmung von Übergewicht als selbstverschuldetes Fehlverhalten (vgl. Schorb, 2008a, S. 59 – 60). Welche Erklärungen, Problemverursacher und Zuständigkeiten die herrschende Problemdeutung «Übergewicht als Epidemie» sowie die Alternativdeutung «Übergewicht als abweichendes Verhalten» konstruieren, wird in Kapitel 5.1 und 5.2 anhand des Karrieremodells nach Schetsche (2008) aufgezeigt. Auf jeden Fall kann festgestellt werden, dass die Problemdeutungen für Übergewicht emotionale Reaktionen in der Gesellschaft auszulösen vermochten. So ist laut Rose und Schorb (2017) eine Dicken-Feindlichkeit in der Gesellschaft spürbar (vgl. S. 8). Schmidt-Semisch und Schorb (2008) führen aus, dass in den

westlichen Gesellschaften Gesundheit eine Aufwertung erfahren hat und deshalb zunehmend intoleranter auf Personen reagiert wird, die dem gesunden Lebensstil nicht zu entsprechen scheinen. Personen, die ihre Gesundheit nicht schützen, werden als unsozial angesehen, da sie nach dieser Denkart damit nicht nur sich selbst, sondern die gesamte Gesellschaft gefährden (vgl. S. 9 – 13). Diese Schuldzuweisung an übergewichtige Menschen impliziert die Vorstellung, dass Körper vollkommen gestaltbar sind. «Körper erscheinen im Zuge mechanischer, genetischer, psychischer und physiologischer Manipulierbarkeit immer weniger als Natursache, sondern als Kulturprodukte» (Winker & Degele, 2009, S. 49).

Der letzte Aspekt von sozialen Problemen nach Groenemeyer (2012) - soziale Probleme sind veränderungsfähig und veränderungswürdig - wird durch die zahlreichen ergriffenen Massnahmen gegen Übergewicht erfüllt. Das soziale Problem Übergewicht legitimiert den Eingriff in die Privatsphäre der Menschen. Beispielsweise wurden in verschiedenen Ländern Lebensmittelampeln, Werbeverbote oder Fett- und Zuckersteuern eingeführt oder zumindest diskutiert (vgl. Schmidt-Semisch & Schorb, 2008, S. 9 - 12). So wurde auch im schweizerischen Parlament die Frage nach der Einführung einer Zuckersteuer behandelt (vgl. SRF, 2018). Die Massnahmen zur Bekämpfung von Übergewicht richten sich laut Schmidt-Semisch und Schorb (2008) vor allem auch auf die nächste Generation, da die übergewichtigen Kinder von heute als die übergewichtigen Erwachsenen von morgen gelten. So gebe es zahlreiche Angebote für Kinder im Schulalter (vgl. S. 8). Auch das schweizerische Amt für Gesundheitsvorsorge ZEPRA stellt ein Dokument zur Verfügung mit dem Titel «Übergewichtige und adipöse Kinder in der Schule», in dem unter anderem diverse Angebote für übergewichtige Kinder aufgelistet sind (vgl. ZEPRA, 2018).

4.3 Verbreitung von Übergewicht bei Kindern

Laut der WHO sind weltweit rund achtzehn Prozent der Kinder und Jugendlichen übergewichtig (vgl. WHO, 2016). Dabei scheint die Zunahme von Übergewicht bei Kindern in zahlreichen Ländern weltweit ein zu beobachtendes Phänomen zu sein. So ist nicht nur in den USA als bekanntes Beispiel die Häufigkeitsrate von Übergewicht bei Kindern massiv gestiegen, sondern auch in Ländern wie Ghana oder Ägypten (vgl. Suter & Benz, 2004, S. 13 – 17). Ebenso hat sich in der Schweiz die Prävalenz für Übergewicht bei Kindern in den letzten Jahren deutlich erhöht (vgl. Roulet, 2004, S. 31). In der Schweiz waren im Jahr 2017 gemäss einem Monitoring, das im Auftrag der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz durchgeführt wurde, etwa sechzehn Prozent der Kinder und Jugendlichen übergewichtig. Davon waren dreieinhalb Prozent adipös. Neben den Angaben zu Körpergewicht, Körpergrösse, Alter und Geschlecht, die zwingend für die Errechnung des BMIs bei Kindern benötigt werden, wurden noch zusätzliche Daten wie Staatszugehörigkeit und soziale Herkunft erfasst. Dabei wurde

die soziale Herkunft über den Beruf beziehungsweise den Bildungsstand der Eltern bestimmt. Auf diese Weise konnten Zusammenhangsanalysen vorgenommen werden. Während die Unterschiede zwischen den einzelnen Geschlechtern gering waren, zeigte sich, dass in der ausländischen Bevölkerung der Anteil an übergewichtigen Kindern und Jugendlichen massiv überwiegt. Über alle Schulstufen betrachtet, waren vierzehn Prozent der schweizerischen und vierundzwanzig Prozent der ausländischen Kinder und Jugendlichen von Übergewicht betroffen. Allerdings konnte ein noch deutlicherer Zusammenhang zwischen Übergewicht und sozialer Herkunft festgestellt werden. Wenn die Kategorien Staatszugehörigkeit und soziale Herkunft zusammen betrachtet werden, so weist die soziale Herkunft einen deutlich grösseren Einfluss auf und zeigt sich somit als der wichtigere Prädiktor für Übergewicht. (vgl. Stamm, Fischer, Lamprecht, 2017a, S. 5 – 29) Die Abbildung zwei zeigt den Zusammenhang zwischen Übergewicht und sozialer Herkunft sowie Staatsangehörigkeit auf. Auch Barlösius (2014) kommt zum Schluss, dass die Kategorie Rasse in Verbindung mit ethnischer Abwertung mit einem zu hohen Körpergewicht korreliert, der Zusammenhang zwischen Armut und Übergewicht allerdings noch enger ist (vgl. S. 19). Dieser Zusammenhang wird auch im nachfolgenden Zitat deutlich zum Ausdruck gebracht: «Weight is so strongly correlated with income in western nations, being fat is often synonymous with being poor» (Rothblum, 2004, S. 4, zit. in Barlösius, 2014, S. 19). Ein niedriger Sozialstatus ist somit ein Risikofaktor für die Entwicklung von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter (vgl. Wabitsch, Kiess, Neef & Reinehr, 2013, S. 370).

Anteil der übergewichtigen (inkl. adipösen) Kinder nach sozialer Herkunft und Staatsangehörigkeit in allen Kantonen und Städten mit entsprechenden Daten

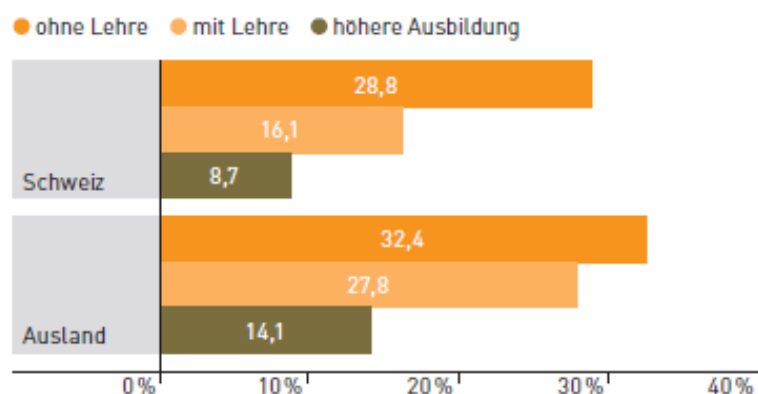


Abbildung 2: Anteil der übergewichtigen (inkl. adipösen) Kinder nach sozialer Herkunft und Staatsangehörigkeit

4.4 Auswirkungen von Übergewicht bei Kindern

Die Auswirkungen von Übergewicht bei Kindern können die physische, die psychische als auch die soziale Ebene tangieren. Dabei stehen die einzelnen Ebenen in Wechselwirkung zueinander.

Zu den möglichen Auswirkungen auf körperlicher Ebene zählen beispielsweise erhöhte Blutdruckwerte, Diabetes Typ zwei, Fettstoffwechselstörungen oder Plattfüsse (vgl. Wabitsch, Kiess, Neef & Reinehr, 2013, S. 373 – 377; Suter & Benz, 2004, S. 17 – 18). Suter und Benz (2004) benennen zudem als weitere Auswirkung auf körperlicher Ebene die Unfähigkeit zur körperlichen Aktivität, was sich wiederum negativ auf das Körpergewicht auswirken kann (vgl. S. 18). Allerdings wird das Risiko von Übergewicht für körperliche Folgeerscheinungen von den verschiedenen Problemdeutungen unterschiedlich eingeschätzt (vgl. Schorb, 2008a, S. 57).

Auf psychischer Ebene gilt Übergewicht als Risikofaktor für die Entwicklung von psychischen Erkrankungen. Bei übergewichtigen Kindern besteht ein erhöhtes Risiko für affektive und somatoforme Erkrankungen sowie für Angst- und Essstörungen. Des Weiteren leiden die Betroffenen häufig unter einem niedrigen Selbstwertgefühl und depressiven Episoden. (vgl. Wabitsch, Kiess, Neef & Reinehr, 2013, S. 377 – 378)

Auf der sozialen Ebene hält Barlösius (2014) diverse Benachteiligungen fest, denen übergewichtige Kinder ausgesetzt sein können. Dabei hängen die Benachteiligungen mit der Klassifizierung von dicken Körpern und der damit einhergehenden gesellschaftlichen Stigmatisierung zusammen. Dicksein wird mit negativen Charaktereigenschaften wie faul, unglücklich, unbeliebt, unfreundlich, unattraktiv und schlampig in Verbindung gebracht, dicke Menschen werden zu einer sozialen Klasse zusammengefasst. Gemäss der genannten Autorin sollen schon kleine Kinder wissen, dass gewisse Körper «normal» und andere «abweichend» sind. Vor diesem Hintergrund werden übergewichtige Kinder häufig Opfer von Hänseleien (vgl. S. 19 – 22). So verweisen auch Rose und Schorb (2017) auf Umfragen in den USA, Kanada und Island, denen zufolge das Körpergewicht der häufigste Anlass für Diskriminierungen in der Schule ist (vgl. S. 8). Neben den Diskriminierungen in der Schule benennt Barlösius (2014) auch Abwertungen in der Familie. Des Weiteren verweist sie auf verschiedene Studien, die belegen, dass das Körpergewicht von übergewichtigen Kindern nicht nur ihre sozialen Chancen schmälert, sondern auch die schulischen und beruflichen. Unter dem Begriff «Body Privilege» betont die Autorin zudem, dass der öffentliche Raum nicht für dicke Menschen gestaltet ist beziehungsweise ihren Bedürfnissen nicht gerecht wird. So können beispielsweise Stühle oder Kabinen als Zurechtweisung erfahren werden, da die betroffenen Personen mehr Platz in Anspruch nehmen müssten als die physische Welt vorsieht. Rückzug und soziale Isolation können die Folge sein. Dabei sind diese Diskriminierungen und

Stigmatisierungen gegenüber dicken Menschen laut Barlösius massiver geworden. Im Gegensatz zur Diskriminierung von Personen aufgrund rassistischer Motive ist die Herabsetzung von Menschen auf Basis ihres Körpergewichts gesellschaftlich anerkannt und breit akzeptiert. (vgl. S. 19 – 23)

Barlösius (2014) hat ihre Ergebnisse unter anderem aus Gruppendiskussionen mit übergewichtigen Jugendlichen im Alter von elf bis sechzehn Jahren gewonnen, die aus sozial benachteiligten Familien stammen. Für die vorliegende Arbeit ist interessant, dass die Jugendlichen ihren Körper als das Ergebnis individueller Verantwortung wahrnehmen. Sie sehen es als ihre Aufgabe an, abzunehmen und geben sich die Schuld, wenn sie aufgrund ihres Körpergewichtes Zukunftschancen verpassen (vgl. S. 39 – 42 & S. 185). Somit wird ersichtlich, dass selbst die Betroffenen die Auffassung vertreten, ein den Normen entsprechendes Körpergewicht sei für alle gleichermassen zu erreichen.

Vergleicht man die Auswirkungen von Übergewicht mit den Folgen von Armut, so fallen Parallelen auf. Sowohl bei übergewichtigen als auch bei armutsbetroffenen Kindern können die gesundheitlichen, die schulischen sowie die sozialen Chancen verringert sein. Beide Personengruppen sind mit Stigmatisierungen konfrontiert, was psychischen Stress auslösen und sich negativ auf das Selbstwertgefühl auswirken kann. Aus den Parallelen kann gefolgert werden, dass ein Kind, das in Armut aufwächst und als übergewichtig eingestuft wird, in doppelter Weise belastet ist. Dabei plädieren Vertreter und Vertreterinnen des Konzepts Intersektionalität dafür, die einzelnen Strukturkategorien, in diesem Fall die Kategorie Körper und Klasse, nicht lediglich zu addieren, sondern deren Wechselwirkung zu betrachten. Einzelne Kategorien können sich gegenseitig verstärken, abschwächen oder anderweitig verändern (vgl. Winker & Degele, 2009, S. 10). Im Fall des übergewichtigen, in Armut lebenden Kindes kann davon ausgegangen werden, dass sich die Strukturkategorien Körper und Klasse wechselseitig verstärken und sich auf diese Weise negativ auf die soziale Positionierung auswirken. Dabei wäre es interessant, in der konkreten Situation zusätzlich die Wechselwirkungen mit den Strukturkategorien Rasse und Geschlecht zu betrachten. Aufgrund des begrenzten Rahmens beschränkt sich die vorliegende Arbeit allerdings auf die Betrachtung des Zusammenwirkens von Körper und Klasse, konkreter auf die Untersuchung der Zusammenhänge von Übergewicht und Armut.

5 Übergewicht bei Kindern armer Familien: Erklärung

Wie im vorhergehenden Kapitel bereits erwähnt, erfolgt die Bestimmung eines sozialen Problems in erster Linie über gesellschaftliche Definitionen, die für eine behauptete Störung in der Gesellschaft jeweils unterschiedliche Erklärungen sowie Problemlösungen liefern. Gesellschaftliche Problemdefinitionen entstehen in einem Problematisierungsprozess, für dessen Untersuchung Groenemeyer (2012) unter anderem das Karrieremodell nach Schetsche vorschlägt, welches er wie folgt erläutert: Das Karrieremodell von Schetsche unterscheidet sechs Phasen, wovon ein anerkanntes soziales Problem zumindest die ersten fünf durchlaufen haben muss. Die erste Stufe ist der soziale Sachverhalt, der mit der gesellschaftlichen Störung gleichgesetzt werden kann. Auf der zweiten Stufe steht die erste Thematisierung durch primäre Akteure, die jeweils unterschiedliche Motive verfolgen und folglich verschiedene Problemdeutungen vertreten können. Für den Problematisierungsprozess des sozialen Problems Übergewicht sind Advokaten/ Advokatinnen, Experten/ Expertinnen, Problemnutzer/innen sowie Moralunternehmer/innen als Akteure von Bedeutung. Die benannten Personengruppen werden im Folgenden direkt in Bezug auf den Problematisierungsprozess von Übergewicht charakterisiert. Die dritte Stufe ist die öffentliche Anerkennung, die gegeben ist, wenn die Problemdeutung von Massenmedien aufgegriffen wird. Erfährt die Problemdeutung anschliessend staatliche Anerkennung durch die Behandlung in politischen Gremien, so ist die vierte Stufe erreicht. Die fünfte Stufe bezieht sich auf das Beschliessen von Massnahmen zur Problembekämpfung, womit eine Problemdeutung institutionalisiert wird. Haben die Massnahmen Erfolg und das Problem ist gelöst, handelt es sich um die sechste Stufe. (vgl. S. 31 & 79)

Es wurde bereits erwähnt, dass es sich bei der Problemdefinition «Übergewicht als Epidemie» um die herrschende handelt (vgl. Schorb, 2008a, S. 60). Schorb (2008a/ 2015) hat anhand des Karrieremodells nach Schetsche den Problematisierungsprozess der Problemdeutung «Adipositas als Epidemie» untersucht. Der vom Autor gewählte Problemname macht ersichtlich, dass er sich in seinen Ausführungen auf Adipositas bezieht. Da aber davon ausgegangen werden kann, dass der Grossteil der Bevölkerung nicht in der Lage ist, zwischen übergewichtigen und adipösen Personen zu unterscheiden und folglich für die beiden Phänomene dieselben Erklärungen beizieht, wird die herrschende Problemdeutung für Adipositas in der Gesellschaft auch für die Problemdefinition von Übergewicht Verwendung finden. Im Folgenden werden daher Schorbs Erkenntnisse wiedergegeben, um die herrschende Erklärung für Übergewicht aufzuzeigen. Neben der herrschenden Problemdefinition wird die Alternativdeutung «Adipositas als abweichendes Verhalten» vorgestellt, da sie für die vorliegende Arbeit und den gesellschaftlichen Diskurs von grosser Relevanz ist. Des Weiteren wird kurz

auf die Problemdeutungen «Size-Acceptance», «Anti-Diät-Bewegung» und «Fat-Acceptance» verwiesen, die Schorb (2008a/ 2015) ebenfalls als vorhandene Problemdefinitionen für Übergewicht identifiziert (vgl. S. 57/ S. 9).

5.1 Die herrschende Problemdeutung: Adipositas als Epidemie

Bevor auf den Problematisierungsprozess der Problemdeutung «Adipositas als Epidemie» eingegangen werden kann, braucht es eine Charakterisierung der eben genannten Problemdefinition. Der Epidemiebegriff verweist laut Schorb (2008a/ 2015) auf die universale Betroffenheit der gesamten Gesellschaft, auf die weite Verbreitung und die schnelle Zunahme des Phänomens sowie auf die vermeintlich fatalen Folgen. Im Gegensatz zu anderen Epidemien verbreitet sich Adipositas allerdings nicht über Viren oder Bakterien, sondern ist verursacht durch eine toxische Umwelt, eine sogenannte adipogene Umwelt. Die adipogene Umwelt ergibt sich aus dem Überfluss von hochkalorischen, preiswerten, kommerziell beworbenen Lebensmitteln sowie einer abnehmenden Notwendigkeit für körperliche Aktivität im Alltag. Vor dem Hintergrund der sich verändernden menschlichen Lebenswelt betont die Problemdeutung «Adipositas als Epidemie» die evolutionären Bestimmungen des Menschen als biologisches Produkt der Steinzeit. Der Mensch sei als ehemaliger Jäger und Sammler zum Laufen bestimmt. Adipositas ist gemäss dieser Problemdefinition die Folge eines grundsätzlichen Konfliktes zwischen der biologischen Ausstattung des Menschen und der sich verändernden Umwelt. Somit geht die Problemdeutung «Adipositas als Epidemie» davon aus, dass Veränderungen der menschlichen Lebenswelt und damit einhergehend der gesellschaftlichen Verhaltensmuster, konkreter des kollektiven Ernährungs- und Bewegungsverhaltens, Ursache für ein Ungleichgewicht in der Energiebilanz – es wird mehr Energie aufgenommen, als verbraucht wird – und als Folge ein zu hohes Körpergewicht sind. Neben der Betonung der sich verändernden Lebensumstände, sind laut Schorb dramatisierende Statistiken für die Problemdeutung konstitutiv, um den Epidemiebegriff sowie den dringenden Handlungsbedarf zu rechtfertigen. Die Problemdeutung «Adipositas als Epidemie» bedient sich zum einen an Schätzungen mit beeindruckenden Zahlen von Übergewichtsbetroffenen und gibt zum anderen beängstigende Zukunftsprognosen hinsichtlich ökonomischer und gesundheitlicher Folgen ab. Hierzu gehört auch die Identifizierung von Todesfällen aufgrund von Adipositas. Zur Bekämpfung von Adipositas müsse laut der Problemdeutung «Adipositas als Epidemie» bei den veränderten Ernährungs- und Bewegungsverhaltensweisen angesetzt werden. (vgl. S. 33 & S. 95 – 123/ S. 60 – 64 & S. 116 - 120)

Dass die erste Stufe des Karrieremodells nach Schetsche, der soziale Sachverhalt, für das soziale Problem Übergewicht gegeben ist, machen Schorbs (2015) Ausführungen deutlich. Der Autor beschreibt die Entwicklung in den westlichen Gesellschaften als stetige Zunahme von Übergewichtigen seit den 1980er Jahren. Anfang der 1990er Jahre sei beispielsweise in

den USA gemäss den damaligen Grenzwerten ein Drittel der Bevölkerung übergewichtig gewesen (vgl. S. 95). Eine gesellschaftliche Störung war folglich vorhanden.

Zur ersten Thematisierung kam es gemäss Schorb (2015) durch die Gruppe der Experten und Expertinnen, wobei vor allem die Medizin vertreten war (vgl. 103 – 104). Laut Schetsche (2008) zeichnet sich die Gruppe der Experten und Expertinnen durch das spezifische Wissen aus, über das sie in Bezug auf das soziale Problem verfügen und welches sie sich in einer Ausbildung erarbeitet haben. Am Problematisierungsprozess nehmen sie in erster Linie aufgrund berufsständischer Interessen teil, beispielsweise um Zuständigkeiten für das eigene Berufsfeld zu erwerben beziehungsweise zu behalten oder um öffentliche Aufmerksamkeit zu erhalten (vgl. S. 92 – 103). In der Wahrung der berufsständischen Interessen sieht Schorb (2015) denn auch das Motiv der Medizin für die Problematisierung von Adipositas. Da die Medizin ihre Stellung als wichtigste Profession für die Behandlung von Dickleibigkeit wahren wollte, war eine Problemdeutung, die auf sie als Problemlöserin verweist, konstitutiv. Die Problemdeutung «Adipositas als Epidemie» entsprach dieser Anforderung. Die primären Akteure im Problematisierungsprozess waren gemäss dem Autor meist Mitglieder in Organisationen, die sich für die Bekämpfung von Adipositas einsetzen. Als Beispiele für solche Organisationen nennt Schorb unter anderem die International Association for the Study of Obesity (IASO) und die European Association for the Study of Obesity (EASO). In den 1990er Jahren gelang es den primären Akteuren schliesslich, dass ihre Problemdeutung von den Massenmedien aufgegriffen wurde, womit die dritte Stufe des Modells nach Schetsche erreicht ist. (vgl. S. 95 – 115)

Mit der öffentlichen Etablierung des Begriffs «Adipositas-Epidemie» ging laut Schorb (2015) auch ein gesteigertes Interesse am Thema einher (vgl. S. 99). Gemäss Groenemeyer (2012) gehört es zur Konstituierung von sozialen Problemen, dass Problemverursacher konstruiert werden (vgl. S. 33). Während die primären Akteure des Problematisierungsprozesses der Problemdeutung «Adipositas als Epidemie» kaum Schuldzuweisungen gemacht haben, stiegen zu einem späteren Zeitpunkt Advokaten und Advokatinnen in den Problemdiskurs mit ein, die vor allem moralisierten und skandalisierten (vgl. Schorb, 2015, S. 121). Schetsche (2008) versteht unter Advokaten und Advokatinnen Personen, die sich aus sozialen, religiösen oder individuellen Motiven mit einem sozialen Problem beschäftigen, dies teilweise mit hohem emotionalem Engagement. Sie können daher auch zu Moralunternehmern und Moralunternehmerinnen werden (vgl. S. 89 – 91). Laut Schorb (2015) haben sich die Advokaten und Advokatinnen im Rahmen der Problemdeutung «Adipositas als Epidemie» für eine gesamtgesellschaftliche Präventionspolitik eingesetzt, beispielsweise eine Steuer auf ungesunde Lebensmittel gefordert sowie die Lebensmittelindustrie, darunter vor allem die Fast-food-Industrie als Schuldige scharf kritisiert (vgl. S. 101 – 102 & S. 128).

Das gesteigerte öffentliche Interesse zeigt sich auch darin, dass zahlreiche Staaten Adipositas-Fachorganisationen gegründet haben, die in der IASO und beziehungsweise oder in der EASO organisiert sind (vgl. Schorb, 2015, S. 106). So gibt es auch in der Schweiz die Schweizerische Adipositas-Stiftung (SAPS) (vgl. SAPS, 2018). Diese Adipositas-Fachorganisationen, insbesondere die IASO, haben laut Schorb (2015) grossen Einfluss auf politische Gremien, womit die vierte Stufe des Karrieremodells nach Schetsche, die staatliche Anerkennung, gegeben ist. So zeigt der Autor auf, dass die Problemdeutung «Adipositas als Epidemie» Einzug in die politische Arbeit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gehalten hat. An der Konferenz «Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic» im Jahre 1997 wurden sowohl die Bezeichnung als Epidemie als auch die primäre Ursache der adipogenen Umwelt sowie die dramatisierenden Zahlen hinsichtlich sozialen und ökonomischen Folgen von der Problemdeutung übernommen (vgl. S. 106 – 107 & S. 115 – 120). Durch die Übernahme der Problemdeutung «Adipositas als Epidemie» kam die WHO nicht umhin, den dringenden Handlungsbedarf im Kampf gegen Adipositas zu betonen. In einem Bericht über Adipositas in der Europäischen Region definierte die WHO (2007) die Prävention und Bekämpfung von Adipositas als zentrales gesundheitspolitisches Ziel (vgl. S. xiii), womit der Weg für die fünfte Stufe, das Beschliessen von Massnahmen zur Problembekämpfung, eingeleitet war.

Dass die Problemdeutung «Adipositas als Epidemie» die fünfte Stufe des Karrieremodells nach Schetsche tatsächlich erreicht hat, zeigen die zahlreichen ergriffenen Massnahmen auf Basis dieser Problemdefinition. So gibt die WHO (2007) Empfehlungen zur Prävention von Adipositas ab, die darauf abzielen, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Gesellschaft zu beeinflussen. Beispielsweise werden Interventionen zur Förderung einer gesunden Ernährung und von mehr Bewegung in Schulen, Kindergärten oder am Arbeitsplatz vorgeschlagen. Auch die Beeinflussung des Konsumverhaltens über Preisregulationen oder Warnhinweise sieht die Organisation als Möglichkeit zur Erreichung der gewünschten Veränderung. In zahlreichen Ländern Europas haben unterschiedliche der empfohlenen Ansätze Anklang gefunden. Zur Bekämpfung von Adipositas bei Erwachsenen betont die WHO die Notwendigkeit einer Gewichtsabnahme. Bei Kindern und Jugendlichen gilt dies nur unter gewissen Bedingungen. Für die Gewichtsabnahme schlägt die WHO unter anderem eine massvolle Reduzierung der Energiedichte der Nahrung, körperliche Aktivität sowie eine pharmakologische Behandlung vor. Wenn die gängigen Behandlungsmethoden versagen, seien chirurgische Eingriffe eine Option. Neben der allfällig notwendigen Gewichtsabnahme erachtet die WHO die Behandlung von gesundheitlichen Risiken, die sich durch die Adipositas ergeben können, als absolut notwendig. (vgl. S. 27 – 40) Es wird also deutlich, dass die Medizin es geschafft hat, sich durch die Problemdeutung «Adipositas als Epidemie» Zuständigkeiten zu verschaffen.

Vor dem Hintergrund der bereits erwähnten Aussage der WHO, Übergewicht bei Kindern sei die grösste gesundheitliche Herausforderung des 21. Jahrhunderts (vgl. WHO, 2018a), kann davon ausgegangen werden, dass die sechste Stufe des Karrieremodells nach Schetsche, die Problemlösung, zumindest bei der Zielgruppe dieser Arbeit, den Kindern armer Familien, keineswegs erreicht ist.

5.2 Adipositas als abweichendes Verhalten

Neben der herrschenden Problemdeutung «Adipositas als Epidemie» ist die Problemdefinition «Adipositas als abweichendes Verhalten» im gesellschaftlichen Diskurs präsent. Die Protagonisten und Protagonistinnen der Problemdeutung «Adipositas als abweichendes Verhalten» sind der Ansicht, dass Adipositas in erster Linie individuell verursacht ist. Adipösen Personen solle es an Eigenverantwortung und Disziplin mangeln. Im Gegensatz zu den Vertretenden der Problemdeutung «Adipositas als Epidemie» erleben sie die veränderte Lebenswelt der Menschen als durchaus positiv, so beispielsweise das zunehmende Angebot an günstigen Lebensmitteln oder die abnehmende Notwendigkeit von körperlicher Aktivität. Die Früchte des Wohlstandes sollen gemäss dieser Problemdeutung durchaus genossen werden, für das richtige Mass trägt jedes einzelne Individuum die Verantwortung. Gesamtgesellschaftliche staatliche Massnahmen lehnen sie daher ab. Anstelle von gesamtstaatlichen Massnahmen plädieren die Vertretenden dieser Problemdeutung für einen Kampf gegen Adipöse. Um Adipöse in die Verantwortung zu ziehen, sollen sie die ökonomischen Kosten, die Adipositas haben kann, selbst tragen. Zudem seien Diskriminierungen absolut erforderlich, um auf Betroffene Druck auszuüben und sie zum Abnehmen zu bewegen. (vgl. S. 69 – 70)

Laut Schorb (2015) haben einzelne Aspekte der Problemdeutung «Adipositas als abweichendes Verhalten» in die Problemdeutung «Adipositas als Epidemie» Einzug gehalten. Die Autoren und Autorinnen, die dafür verantwortlich sind, stuft Schorb als Problemnutzer/innen ein (vgl. S. 136). Schetsche (2008) versteht unter Problemnutzerinnen und Problemnutzern Personen, die aufgrund eigener Interessen am Problemdiskurs teilnehmen, während sie die Bekämpfung des behaupteten gesellschaftlichen Missstandes nicht zum Ziel haben (vgl. S. 94 – 95). Im «Adipositas als Epidemie»-Diskurs verfolgen die Problemnutzer/innen nach Schorb (2015) das Aufzeigen und Kritisieren von gesellschaftlichen Fehlentwicklungen. Die Problemnutzer/innen folgen der Problemdeutung «Adipositas als Epidemie» insofern, als dass sie die Meinung vertreten, Adipositas sei die Folge einer positiven Energiebilanz, die durch die adipogene Umwelt beeinflusst werde. Allerdings könne dieser adipogenen Umwelt mittels Eigenverantwortung und Selbstdisziplin entgegengetreten werden. Schuldig für Adipositas ist folglich nicht die adipogene Umwelt und somit beispielsweise die Lebensmittelkonzerne und Fastfoodketten, sondern fettakzeptierende Ideologien sowie die fehlende Disziplin der adipösen Personen. Personen, denen ein diszipliniertes, eigenverantwortliches

Handeln nicht gelinge, seien Personen, die auch an anderen Herausforderungen scheitern würden. Auf diese Weise erklären sich die Problemnutzer/innen die höhere Übergewichts-betroffenheit von Personen tieferer sozioökonomischer Schichten, denn sie gehen davon aus, dass auch die Armut mit einem Scheitern an Herausforderungen und einem falschen Einsatz von Ressourcen zusammenhängt. (vgl. S. 136 - 145) In einer älteren Veröffentlichung zeigt Schorb (2008b) auf, welches Bild von Armenmilieus diesem Verständnis zugrunde liegt. Arme sollen sich passiv verhalten, dem Medienkonsum zu stark verfallen sein, eine falsche Ernährung aufweisen, zu viel rauchen sowie Alkohol konsumieren, falschen Freizeitaktivitäten nachgehen, keine Bildung besitzen und auch nicht danach streben und eine zu inkonsequente, falsche Erziehung verfolgen. Sie werden als phlegmatisches Kollektiv angesehen, das sich selbst abgeschrieben hat. Alle diese den gesellschaftlichen Normen widersprechenden und daher kritisierten Verhaltensweisen sollen schliesslich in Übergewicht sichtbar werden (vgl. S. 107 & S. 111 – 113).

Auf diese Weise gelingt es, die herrschende Problemdeutung «Adipositas als Epidemie» mit der Problemdeutung «Adipositas als abweichendes Verhalten» zu verbinden und die komplexe Ätiologie von Übergewicht auf das individuelle Verhalten zu reduzieren und vor allem die sozial benachteiligten Schichten dafür verantwortlich zu machen. Dabei scheint diese Erweiterung des Problemdiskurses «Adipositas als Epidemie» besonders in der Gesellschaft viel Anklang zu finden. Laut Schorb (2015) ist die Bevölkerungsmehrheit davon überzeugt, dass die Kontrolle des eigenen Körpergewichts von der eigenen Selbstdisziplin abhängt (vgl. S. 143). Für die Massnahmen, die auf Basis dieser kombinierten Problemdefinition entwickelt werden, bedient sich Schorb (2008a) der Metapher «Politik von Zwieback und Peitsche» (S. 73). Zwieback bezieht sich auf die Massnahmen, die zur Veränderung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens ergriffen werden. Unter Peitsche versteht der Autor die Sanktionen, welche Personen erleben, die trotz allem adipös bleiben beziehungsweise werden (vgl. S. 73). Zu einer solchen Sanktion könnte die Diskriminierung von dicken Personen gezählt werden, die Vertretende der Problemdeutung «Adipositas als abweichendes Verhalten» unbedingt beibehalten wollen, da sie diese als notwendige Zurechtweisung verstehen (vgl. Schorb, 2008a, S. 70). Dabei scheinen sie mit diesem Anliegen Erfolg zu haben. Wie schon erwähnt, ist die Diskriminierung von dicken Personen gesellschaftlich weit verbreitet und akzeptiert (vgl. Barlösius, 2014, S. 23).

5.3 Übergewicht als Folge von gesundheitlicher Ungleichheit

Die vorhergehenden Ausführungen haben deutlich gemacht, dass, obwohl die ursprüngliche Form der herrschenden Problemdeutung «Adipositas als Epidemie» kaum Schuldzuweisungen gemacht hat (vgl. Schorb, 2015, S. 121), die Gesellschaft nun sehr wohl Schuldige benennt, nämlich in erster Linie direkt Betroffene. Die Gesundheitsförderung und somit ein den

Grenzwerten entsprechendes Körpergewicht wird als Sache jedes und jeder Einzelnen wahrgenommen (Homfeldt, 2014, S. 34). Wem das Einhalten dieser gesellschaftlichen Norm nicht gelinge, schade nicht nur sich selbst, sondern ebenso der Wirtschaft und dem Staat (vgl. Wirtz, 2010, S. 47). Da in Gesellschaften mit hohem Bruttoinlandprodukt sozial benachteiligte Personen häufiger von Übergewicht betroffen sind (vgl. Schorb, 2015, S. 79; Siegrist & Marmot, 2008, S. 21; Huwiler, Amstutz & Minder, 2003, S. 58), sind sie folglich auch öfter den Schuldzuweisungen einer mangelnden Gesundheitsförderung ausgesetzt. «Nicht mehr vor sie benachteiligenden Lebensbedingungen werden Menschen geschützt, sondern ausgegangen wird nunmehr umgekehrt von der Annahme, der riskante Lebensstil des Einzelnen gefährde die Ressourcen der Gesellschaft» (Homfeldt, 2014, S. 35). Diesem Verständnis möchte die vorliegende Arbeit eine Alternativdeutung entgegensetzen. Dies in erster Linie auch, weil die hegemonialen Problemdefinitionen laut Schmitt und Rose (2017) den Werten der Sozialen Arbeit keinesfalls entsprechen können. Durch das Ausblenden sozialer Ungleichheitsverhältnisse werden Problemlagen individualisiert und Menschen mit höherem Körpergewicht diskriminiert (vgl. S. 180). Mit der Verpflichtung der Sozialen Arbeit, Diskriminierung nicht dulden zu können und dulden zu dürfen (vgl. AvenirSocial, 2010, S. 9) sowie der Forderung, stets den gesamtgesellschaftlichen Kontext beim Entstehen von Problemlagen mitzuberücksichtigen (vgl. Ritscher, 2007, S. 53), gehen die oben dargestellten Problemdefinitionen folglich nicht einher. Im Folgenden sollen daher genau diese benachteiligenden Lebensbedingungen, vor denen betroffene Menschen gemäss dem vorhergehenden Zitat von Homfeldt (2014) nicht geschützt werden und die durch das gesamtgesellschaftliche Zusammenwirken entstehen, zur Sprache kommen. Es sollen materielle und damit einhergehend psychosoziale Ursachen aufgezeigt werden, die Risikofaktoren für Übergewicht darstellen und denen armutsbetroffene Kinder stärker ausgesetzt sind als sozial besser gestellte. So kommt auch eine Literaturanalyse zur gesundheitlichen Ungleichheit in der Schweiz zum Schluss, dass Übergewicht bei Kindern ein Ergebnis der sozialen Ungleichheit in der Gesundheit ist (vgl. Schnyder-Walser, Ruffin, Grunder & Widmer, 2015, S. 5). Diese Meinung teilt auch Schorb (2008b): «Adipositas ist so gesehen nur eine von vielen Ausdrucksformen zunehmender sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit» (S. 121).

Aus den materiellen Lebensbedingungen ergibt sich der bereits erwähnte Klassenhabitus (vgl. Fuchs-Heinritz & König, 2014, S. 90) und damit einhergehend schichtspezifische Verhaltensweisen, welche ebenfalls zur Erklärung von Übergewicht beigezogen werden. Die schichtspezifischen Verhaltensweisen sind allerdings vor dem Hintergrund ihres Zustandekommens – der Sozialisation in einem bestimmten gesellschaftlichen Milieu – von den materiellen Ursachen kaum zu trennen. Mit der Problemdefinition «Übergewicht als Folge gesundheitlicher Ungleichheit» soll es gelingen, armutsbetroffene, übergewichtige Kinder ein Stück weit von den gesellschaftlichen Schuldzuweisungen zu entlasten und für die Soziale Arbeit

eine ihren Werten entsprechende Problemdeutung für Übergewicht bei Kindern armer Familien zu erarbeiten.

5.3.1 Mangelnde finanzielle Ressourcen

Laut Weimann (2018) erschweren die mangelnden finanziellen Ressourcen von Armen Haushalten eine ausgewogene Ernährung massgeblich (vgl. S. 69 - 70). «In Armut zu leben reicht von kulturellen und sozialen Einschränkungen bis hin zu Verknappungen, die die körperliche Gesundheit gefährden» (Barlösius, Feichtinger & Köhler, 1995, S. 12). So sehen auch Rose und Sturzenhecker (2010) den Nahrungsmangel sozial schlechter gestellter Personengruppen, trotz des vorherrschenden Überangebots an Nahrungsmitteln, als dringliches Problem an (vgl. S. 35). Dabei kann unterschieden werden zwischen quantitativer und qualitativer Ernährungsarmut (vgl. Weimann, 2018, S. 70). Kinder aus armen Familien können von beiden Formen betroffen sein, wie im Folgenden aufgezeigt wird. Da hochkalorische Lebensmittel deutlich preisgünstiger und länger haltbar sind, fällt die Wahl von Haushalten mit wenig finanziellen Ressourcen gezwungenermassen eher auf diese Produkte (vgl. Schorb, 2015, S. 80). Der ökonomische Faktor wirkt bestimmend beim Einkauf. So kam eine Studie aus Ulm, die sich mit dem Ernährungsverhalten von Sozialhilfeempfängenden beschäftigte, zum Schluss, dass zahlreiche Befragte lieber frische statt abgepackte Produkte kaufen würden, wenn sie mehr Geld zur Verfügung hätten (vgl. Schorb, 2008b, S. 118 – 120). Eine qualitative Ernährungsarmut kann die Folge sein. Hierzu liegen verschiedene Studien aus Deutschland vor. Beispielsweise konnte das Dortmunder Kinderforschungsinstitut aufzeigen, dass mit den festgelegten Hartz-IV-Sätzen die von der Regierung als optimal empfohlene Mischkost nicht zu finanzieren ist, auch dann nicht, wenn sämtliche Einkäufe beim Discounter getätigt werden (vgl. Schorb, 2015, S. 146). Auch Rose und Sturzenhecker (2010) verweisen auf verschiedene kritische Stimmen, die Belege dafür liefern, dass Hartz-IV-Empfänger sich und ihre Kinder kaum angemessen verpflegen können (vgl. S. 35). Bereits 1995 kamen Barlösius, Feichtinger und Köhler zur Erkenntnis, dass Sozialhilfeempfangende als erstes bei den Ausgaben fürs Essen sparen (vgl. S. 12). Auch Schorb (2015) weist darauf hin, dass im Vergleich zu den fixen Ausgaben wie beispielsweise Wohnungs- und Versicherungskosten die Kosten fürs Essen flexibel angepasst und daher als Puffer genutzt werden können. Neben der Gefahr einer wenig ausgewogenen Ernährung kann auch eine unregelmässige Nahrungsaufnahme die Folge einer solchen Budgethandhabung sein, was wiederum eine quantitative Ernährungsarmut mit sich ziehen kann. In der englischsprachigen Literatur wird dieses Phänomen als «Food Insecurity» bezeichnet und beforscht (vgl. S. 83). Statistiken aus den USA des Jahres 2005 besagen, dass elf Prozent aller Haushalte einen eingeschränkten Zugang zu Nahrungsmitteln hatten, also von «Food Insecurity» betroffen waren. Ein Drittel dieser Haushalte musste aufgrund der finanziellen Ressourcen die Nahrungsaufnahme sogar reduzieren sowie die gewöhnliche Mahlzeitenfolge unterbrechen (vgl. Schorb, 2008b, S.

119). Dass das Phänomen «Food Insecurity» auch in der Schweiz existiert und unter anderem die Zielgruppe dieser Arbeit, die Kinder armer Familien, betrifft, zeigt die Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen in der Schweiz (SILC) aus dem Jahre 2014. So konnte aufgezeigt werden, dass mehr als ein Prozent aller befragten Kinder aufgrund von finanziellen Mängeln nicht mindestens einmal täglich eine vollständige Mahlzeit erhält (vgl. BfS, 2016, S. 11 - 13). Suter und Benz (2004) thematisieren in diesem Zusammenhang vor allem die Bedeutung des Frühstücks für Kinder. Laut einer Studie, auf die sich die beiden Autoren beziehen, weisen Kinder, die kein Frühstück einnehmen, nicht nur eine verminderte Konzentrationsfähigkeit und ein geringeres Lernvermögen auf, sondern sie zeigen auch einen signifikant erhöhten BMI im Vergleich zu Kindern, die morgens frühstücken (vgl. S. 20). Laut Schorb (2015) können Hungerperioden, die mit einer unregelmässigen Nahrungsaufnahme zusammenhängen, eine Senkung des Grundumsatzes des Körpers bewirken, was im Endeffekt zu einer Gewichtszunahme führt, da die zugeführte Energie stärker gespeichert wird (vgl. S. 84). Wie schwerwiegend sich eine quantitative beziehungsweise eine qualitative Mangelernährung auf die Gesundheit von Kindern auswirkt, hängt massgeblich von der Dauer der Ernährungsarmut ab (vgl. Weimann, 2018, S. 70).

Die Wahl von hochkalorischen, preisgünstigeren Lebensmitteln erfolgt in verschiedenen armutsbetroffenen Familien nicht nur aufgrund des Preises, sondern auch wegen deren schnellen Zubereitungszeit (vgl. Schorb, 2015, S. 80). Die Notwendigkeit für schnelle Gerichte kann beispielsweise an Einelternfamilien aufgezeigt werden, die, wie schon erwähnt, überdurchschnittlich häufig von Armut betroffen sind (vgl. Schuwey & Knöpfel, 2014, S. 67). Laut Caritas (2015) arbeiten alleinerziehende Personen überdurchschnittlich viel, sowohl in der Erwerbs- als auch in der Hausarbeit (vgl. S. 4). Zeitknappheit ist die Folge, für das Kochen kann nicht zu viel Zeit investiert werden. Vor diesem Hintergrund können auch zeitliche Ressourcen zu einer Fehl- und Mangelernährung beitragen. Auch bei einer weiteren Personengruppe, die überdurchschnittlich von Armut betroffen ist – Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit (vgl. Schuwey & Knöpfel, 2014, S. 67) - haben die fehlenden Zeitressourcen laut Baier (2013) dazu geführt, dass immer häufiger auf die eigene Herstellung der Speisen verzichtet wird und stattdessen mehr Fertigprodukte verwendet werden (vgl. S. 74).

Nicht nur für den Lebensmitteleinkauf sind die finanziellen Ressourcen in sozial benachteiligten Familien knapp, sondern auch das Finanzieren von Freizeitaktivitäten der Kinder ist kaum möglich. So zeigt die SILC-Erhebung aus dem Jahr 2014 auf, dass fünf Prozent der befragten Kinder aufgrund von finanziellen Mängeln auf eine regelmässige kostenpflichtige Freizeitbeschäftigung verzichten mussten (vgl. BfS, 2016, S. 13). Schorb (2008b) schreibt dazu, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien drei Mal seltener in einem Sportverein sind als Kinder von Familien, die einen höheren sozioökonomischen Status einnehmen. Dies

hängt zum einen mit den Vereinsgebühren, zum anderen mit allfälligen Kosten für die Ausrüstung zusammen, die armutsbetroffene Familien nicht aufbringen können. Schorb sieht in dieser Tatsache einen Grund dafür, dass Unterschichtskinder weniger Sport treiben, was wiederum eine Gewichtszunahme begünstigt (vgl. S. 121). Gleichzeitig sind Wabitsch, Kiess, Neef und Reinehr (2013) der Ansicht, dass das Angebot an sportlichen Aktivitäten seitens der Schulen mangelhaft ist (vgl. S. 372), also folglich an dem Ort, wo kostenlose Angebote möglich wären und somit eine breitere Gruppe Kinder erreicht werden könnte. Auch sehen die eben genannten Autoren und Autorinnen das Überangebot an körperlich inaktiven Freizeitbeschäftigungen wie beispielsweise Fernsehen als hinderlich für die Förderung eines gesunden Bewegungsverhalten der Kinder an (vgl. S. 372). Suter und Benz (2004) definieren einen hohen Medienkonsum und die damit verbundene körperliche Inaktivität als Risikofaktor für Übergewicht (vgl. S. 21). Obwohl von dem Überangebot an körperlich inaktiven Freizeitbeschäftigungen sämtliche Kinder betroffen sind, machen die vorhergehenden sowie die noch folgenden Ausführungen deutlich, dass armutsbetroffene Kinder bei der Auswahl ihrer Freizeitaktivitäten weniger Möglichkeiten haben und daher laut Müller, Danielzik und Pust (2006) häufiger einen starken Medienkonsum aufweisen (vgl. S. 213). Als begünstigend für Übergewicht sieht Schorb (2015) beim Medienkonsum nicht nur die fehlende Bewegung, sondern auch das allfällige unkontrollierte Essen, das durch Fernsehwerbungen zusätzlich beeinflusst werden kann (vgl. S. 84).

Schnyder-Walser, Ruffin, Grunder und Widmer (2015) sehen als weitere Folge der knappen finanziellen Mittel den Verzicht auf die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen. Laut den Autorinnen verzichten elf bis fünfzehn Prozent der Patienten und Patientinnen in der Schweiz aus finanziellen Gründen auf medizinische Leistungen (vgl. S. 24). Daraus lässt sich folgern, dass übergewichtige Kinder aus ärmeren Familien allenfalls notwendige medizinische Hilfe seltener erhalten.

5.3.2 Wohnumfeld und Wohnsituation

Laut van Lenthe (2008) bestimmen Merkmale des Wohnortes den individuellen Gesundheitszustand mit (vgl. S. 214). So zeigt Schorb (2015) auf, dass neben den finanziellen Mitteln auch das Wohnumfeld, in dem ein Kind lebt, entscheidend ist für das Verfolgen körperlich aktiver Freizeitangebote und somit die Förderung eines den Grenzwerten entsprechenden Körpergewichts. Er verweist auf den Begriff «Built Environment», unter dem analysiert wird, welche Wirkung die architektonische Gestaltung von Wohnorten auf das Bewegungsverhalten hat. Gibt es beispielsweise nahegelegene Parks, sind Bürgersteige vorhanden, wie ist die Infrastruktur für Fahrradfahrende und Fussgänger beziehungsweise Fussgängerinnen und wie ist die Sicherheit im öffentlichen Raum (vgl. S. 81)? In Kapitel 2.3 wurde bereits darauf hingewiesen, dass armutsbetroffene Personen oft in prekären Wohnverhältnissen leben.

Dazu zählen unter anderem die schlechte Infrastruktur, wenig Grünflächen und eine hohe Verkehrsbelastung. Auch sind es teilweise Quartiere, in denen eine Verdichtung von sozialen Problemlagen zu beobachten ist, was sich negativ auf die öffentliche Sicherheit auswirken kann (vgl. Schuwey & Knöpfel, 2014, S. 129 – 131). Daraus lässt sich schliessen, dass das Wohnumfeld armutsbetroffener Kinder zum einen weniger Sport- und Spielmöglichkeiten zur Verfügung stellt (vgl. Weimann, 2018, S. 98; van Lenthe, 2008, S. 235), zum anderen die stark befahrenen Strassen das draussen Spielen erschweren (vgl. Wabitsch, Kiess, Neef, Reinehr, 2013). Die Folge ist gemäss Schnyder-Walser, Ruffin, Grunder und Widmer (2015), dass Kinder, welche in Stadtgebieten mit einer hohen Verkehrsdichte wohnen, eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Übergewicht aufweisen (vgl. S. 5 & 32). Den Zusammenhang von Wohngegend und Körpergewicht bestätigen auch die SILC-Erhebungen aus dem Jahr 2014. Anhand der Erhebungsdaten konnte gefolgert werden, dass Kinder häufiger und für längere Zeit nach draussen gehen, wenn sie dies auch ohne Erwachsene tun können. Dies korreliert wiederum positiv mit dem Bewegungsverhalten der Kinder und somit einem gesunden Körpergewicht (vgl. BfS, 2016, S. 16). Wie häufig Eltern ihren Kindern erlauben, alleine nach draussen zu gehen, wenn die öffentliche Sicherheit nicht gegeben ist und die stark befahrenen Strassen eine gewisse Gefahr bergen, bleibt fraglich. Van Lenthe (2008) verweist auf eine amerikanische Untersuchung mit einem Beobachtungszeitraum von neun Jahren, die belegen konnte, dass bei Bewohnenden von benachteiligten Wohngebieten die körperliche Aktivität während des Beobachtungszeitraums stärker zurückging als bei den Bewohnenden in besser gestellten Wohnvierteln (vgl. S. 232). «Je attraktiver eine Wohnregion ist, desto eher findet man bei ihren Bewohnern regelmässige körperliche Aktivität» (Van Lenthe, 2008, S. 235). Aus diesem Grund sieht der eben zitierte Autor ebenfalls einen Zusammenhang zwischen dem Wohnumfeld und der Prävalenz von Übergewicht (vgl. S. 233).

Des Weiteren können das Wohnumfeld sowie die Wohnsituation als psychosozialer Stressor wirken (vgl. van Lenthe, 2008, S. 235). Die SILC-Erhebungen aus dem Jahre 2014 konnten aufzeigen, dass ein Viertel aller befragten Kinder an Strassen- oder Nachbarschaftslärm leidet, ein Fünftel in zu feuchten und überbelegten Wohnungen leben muss und fünfzehn Prozent in zu dunklen Wohnungen zu Hause sind (vgl. BfS, 2016, S. 18). Welche Auswirkungen diese sowie weitere psychosozialen Belastungen auf das Körpergewicht der Kinder haben kann, wird in Kapitel 5.3.4 behandelt.

Das Wohnumfeld weist laut Schorb (2015) noch einen weiteren Aspekt auf, der dazu beiträgt, dass Personen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status häufiger ein zu hohes Körpergewicht aufweisen. Dieser Aspekt wird unter dem Begriff «Local Food Environment» beschrieben. Der Begriff meint das Vorhandensein von lokalen Einkaufsmöglichkeiten, die

auch frische Lebensmittel anbieten. In angelsächsischen Ländern wird von einer «Food Desert», einer «Lebensmittelwüste» gesprochen, wenn sich innerhalb von fünfhundert Metern kein Laden befindet, der eine gewisse Auswahl an Lebensmitteln zu einer angemessenen Qualität und zu bezahlbaren Preisen anbietet. In Lebensmittelwüsten ist der Anteil an übergewichtigen Personen höher als in Gebieten, wo es lokale Einkaufsmöglichkeiten mit frischen Produkten gibt (vgl. S. 81 – 82). Stierand (2006) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass das Einkaufsangebot das Essverhalten der Bevölkerung massgebend lenkt (vgl. S. 267). Vor allem in den angelsächsischen Ländern gibt es in Stadtteilen, in denen vorwiegend sozial benachteiligte Personen leben, eine Häufung von Fastfood-Filialen und Geschäften, die in erster Linie Fertiggerichte verkaufen, während es an Supermärkten mangelt, die ein vollwertiges Angebot an frischen Lebensmitteln anbieten. (vgl. Schorb, 2015, S. 81 – 82) Gemäss Stierand (2006) lassen sich solche Lebensmittelwüsten auch in Deutschland finden. Da es immer mehr grosse, zentralisierte Einkaufsläden gibt, nimmt die Zahl der kleinen, lokalen Lebensmittelgeschäfte ab und das Versorgungsnetz wird weniger engmaschig. Die Entfernungen können vermehrt nicht mehr zu Fuss getätigt werden. Die Folge ist, dass beispielsweise in Nordrhein-Westfalen in sechsvierzig Prozent der Städte die Nahversorgung im Lebensmittelbereich als ein Problem empfunden wird. Siebzehn Prozent der Bevölkerung dieses Bundeslandes sind von einer unzureichenden Nahversorgung mit Lebensmitteln betroffen (vgl. S. 266), leben also in einer Lebensmittelwüste.

Weiter kommen Schnyder-Walser, Ruffin, Grunder und Widmer (2015) zur Erkenntnis, dass sich nicht nur das Lebensmittelangebot je nach Wohnregion unterscheidet, sondern auch das Angebot an Gesundheitseinrichtungen. Quantität sowie Qualität der Gesundheitseinrichtungen stehen in einem Zusammenhang mit dem sozialen Profil der Region, sprich mit der ökonomischen Lage und der herrschenden Arbeitslosigkeit. Dies ist ein Aspekt, weshalb unter anderem Präventionsangebote oder Vorsorgeuntersuchungen für sozial schlechter gestellte Bevölkerungsgruppen schwerer zugänglich sind (vgl. S. 24). Auch Wabitsch, Kiess, Neef und Reinehr (2013) sehen in der mangelnden Qualität von Gesundheitseinrichtungen einen Grund für die höhere Prävalenz von Übergewicht (vgl. S. 372).

5.3.3 Mittelschichtorientierte Gesundheitsförderung und Prävention

Es bestehen folglich soziale Barrieren in der Prävention gegenüber Personen sozioökonomisch tieferer Schichten, wie Müller, Danielzik und Pust (2006) bestätigen, jedoch nicht nur aufgrund des Wohnortes. Der Autor und die Autorinnen verweisen auf die Kieler Adipositas Präventionsstudie (Kiel Obesity Prevention Study, KOPS), die aufzeigen konnte, dass die untersuchten Gesundheitsförderungsprogramme in Schulen nur die Kinder mit hohem sozioökonomischem Status zu erreichen vermochten. Zwar konnte bei allen Kindern ein Wissenszuwachs verzeichnet werden, eine Umsetzung der empfohlenen Verhaltensweisen erfolgte bei

den sozial schlechter gestellten Kindern jedoch nicht. Zudem wurde ersichtlich, dass Interventionen bei Familien mit übergewichtigen Kindern aus sozioökonomisch tiefen Schichten sogar eine kontraproduktive Wirkung zeigten (vgl. S. 212 – 215). Laut Schnyder-Walser, Ruflin, Grunder und Widmer (2015) sind Gesundheitsinstitutionen wenig sensibilisiert für die spezifischen Problemlagen sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen, sie erachten deren Funktionsweisen gar als ungeeignet für Personen tieferer sozioökonomischer Schichten (vgl. S. 24). Lampert und Richter (2009) verdeutlichen diese Ansicht folgendermassen: «Im Zusammenhang mit bevölkerungsbezogenen Aufklärungskampagnen zur Gesundheit wird eine 'Mittelschichtorientierung' konstatiert, die sich sowohl an den Inhalten als auch an den Kommunikationswegen festmachen lässt. Gleiches gilt für 'settingbezogene Ansätze' zur Suchtprävention oder Förderung einer gesunden Ernährung und des Bewegungsverhaltens» (S. 222). Systemisch betrachtet kann man argumentieren, dass das erkenntnistheoretische Konstrukt des Beobachtungssystems, sprich der sozial benachteiligten Personengruppen, nicht dem Konstrukt des Unterstützungs- oder Hilffsystems entspricht, es kommt zu keiner Passung von Problemlage und Problembearbeitungsmöglichkeiten (vgl. Ritscher, 2007, S. 38). Die Folge ist, dass Gesundheitsförderung und Prävention bei Personen sozioökonomisch tieferer Schichten weniger Anklang finden und gesundheitliche Leistungen seltener genutzt werden. Schnyder-Walser, Ruflin, Grunder und Widmer (2015) weisen beispielsweise darauf hin, dass häufiger auf gesundheitliche Leistungen verzichtet wird, wenn der erstbehandelnde Arzt die soziale Situation der Patienten und Patientinnen nicht zur Kenntnis nimmt beziehungsweise diese überschätzt (vgl. S. 24). Schuwey und Knöpfel (2014) greifen als weitere mögliche Erklärung für diese sozialen Barrieren betreffend Gesundheitsförderung und Prävention auf das Kohärenzgefühl des salutogenetischen Modells zurück. Wie bereits erwähnt, ist das Kohärenzgefühl eine Hauptdeterminante für das Stadium, welches ein Individuum auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum einnimmt und somit mitentscheidend, inwieweit die inneren und äusseren Anforderungen bewältigt werden können (vgl. Hurrelmann, 2010, S. 34 – 37). Personen aus niedrigen sozioökonomischen Positionen verfügen laut Kristenson (2008) im Durchschnitt über ein geringeres Ausmass an Bewältigungsvermögen, ihr Kohärenzgefühl ist weniger ausgeprägt. Dies führt sie auf die stärkere Exposition gegenüber Herausforderungen im Alltag sowie auf erfahrene negative Folgen bei vergangenen Problemstellungen zurück (vgl. S. 169 -172). Das verminderte Kohärenzgefühl sehen Schuwey und Knöpfel (2014) wiederum als Erklärung dafür an, dass Armutsbetroffene häufig nicht in der Lage sind, Verhaltenstipps anzunehmen, da sie ihren Alltag nicht als verstehbar, die Herausforderungen nicht als handhabbar und ihr Leben nicht als bedeutsam genug erachten, das notwendige Engagement aufzubringen (vgl. S. 129). Vor diesem Hintergrund ist auch Schorb (2008b) der Ansicht, dass gesundheitsbezogene Ratschläge aus der Mittelschicht, beispiels-

weise in Bezug auf Ernährung und Bewegung, wenig helfen. Zudem sieht der Autor noch einen weiteren Grund dafür, dass Gesundheitsförderung und Prävention in sozial schlechter gestellten Schichten wenig Anklang finden. Die Ernährung ist für armutsbetroffene Personen nicht das Problem Nummer eins, da andere bedeutendere Alltagsprobleme vorhanden sind. Auch wenn Wissen über eine gesunde Ernährung vorhanden wäre, so werden im Alltag andere Prioritäten gesetzt und das Thema ist wenig präsent. Im Gegensatz dazu haben Personen aus der Mittelschicht eher die Möglichkeit, sich den Fragen einer gesunden Ernährung und von genügend Bewegung zu widmen (vgl. S. 120).

5.3.4 Erhöhter psychischer Stress

Der Hinweis, dass andere, bedeutendere Alltagsprobleme als eine gesunde Ernährung und genügend Bewegung bei Armenhaushalten im Vordergrund stehen, macht erneut die diversen Herausforderungen ersichtlich, mit denen Personen tieferer sozioökonomischer Schichten konfrontiert sind. In Kapitel 2.3 wurde der erhöhte psychische Stress, der mit einem Leben in Armut einhergehen kann, bereits thematisiert. Diesem Stress sind auch die Kinder von armutsbetroffenen Familien ausgesetzt (vgl. Weimann S. 60 – 85; vgl. Lindel, 2002, S. 57). Steptoe (2008) kommt zum Schluss, dass Personen aus sozioökonomisch tieferen Schichten auf die höhere psychosoziale Stressbelastung mit einer stärkeren Stressreaktivität und einer verzögerten Erholung reagieren (vgl. S. 138). Bei Stress wird der Körper durch die Ausschüttung von Adrenalin und Cortisol aktiviert; er reagiert mit einem erhöhten Blutdruck, erweiterten Herz- und Muskelgefäßen sowie der Mobilisierung von Zucker- und Fettreserven. Dabei sind diese Reaktionen kurzfristig sinnvoll, können sich allerdings bei wiederholten chronischen Stress-Reizen negativ auf die Gesundheit auswirken (vgl. Lindel, 2002, S. 60; Steptoe, 2008, S. 133 – 134). Es besteht die Gefahr, dass eine immer höhere Hormondosis für die Erzielung derselben Wirkung erforderlich ist und regenerative Mechanismen ausbleiben, die neue Reserven für weitere Belastungen bereitstellen würden (vgl. Kristenson, 2008, S. 180). Laut Schorb (2015) steigern die biologischen Prozesse, die bei Stress ablaufen, den Appetit (vgl. S. 82), worin Müller, Danielzik und Pust (2006) die Verbindung der psychosozialen mit der biologischen Ebene sehen (vgl. S. 214).

Doch nicht nur die biologischen Prozesse können zu einer verstärkten Nahrungsaufnahme und somit zu einer positiven Energiebilanz führen. Weimann (2018) sieht eine kohlenhydrat- und fettreiche Ernährung als mögliche Stressbewältigung des Stressors Armut an (vgl. S. 70). Lindel (2002) weist darauf hin, dass Stressoren, die mit der sozioökonomischen Position von Kindern zusammenhängen, meist ausserhalb der kindlichen Kontrolle stehen und instrumentelle Bewältigungsstrategien daher wenig hilfreich sind. Es bieten sich folglich eher emotionale Bewältigungsstrategien an, zu denen die Autorin das von ihr als «emotionales Essen» bezeichnete Verhalten zählt. Dieses emotionale Essen kann vor dem Hintergrund der beruhigenden Wirkung von Essen zur Regulierung von Emotionen fungieren. Hierzu verweist

die Autorin auf verschiedene Studien, die belegen, dass Menschen unter Stress leicht erreichbare Lebensmittel sowie sogenannten «High-Density Food», also besonders kalorienreiches Essen, präferieren und häufiger naschen (vgl. S. 62 – 87). Auch Baier (2013) erwähnt im Zusammenhang mit Übergewicht bei Migrantenfamilien, dass Essen häufig der Verdrängung von Problemen dient, beispielsweise der Linderung von Sehnsucht nach der Heimat (vgl. S. 41). Dass ein solches Bewältigungsverhalten negative Folgen haben kann, macht Schorbs (2008) Hinweis ersichtlich, dass Kinder aus ärmeren Familien doppelt so häufig an Essstörungen leiden wie Kinder aus besser gestellten Familien (vgl. S. 121). Neben den persönlichen negativen Folgen werden auch gesellschaftliche Konsequenzen eines solchen Bewältigungsverhaltens deutlich, vor allem, wenn dasselbige zu Übergewicht führt. Es wurde bereits mehrmals erwähnt, dass dicke Personen in unserer Gesellschaft massiven Diskriminierungen ausgesetzt sind (vgl. Barlösius, 2014, S. 22 – 24). Diese gesellschaftlichen Diskriminierungen können wiederum psychischen Stress auslösen, den es erneut zu bewältigen gilt. Es handelt sich hierbei also um einen Teufelskreis. So betonen einige Autorinnen und Autoren, dass sich negative gesundheitliche Folgen nicht alleine auf das zu hohe Körpergewicht zurückführen lassen, sondern vor allem auch auf den gesellschaftlichen Umgang damit (vgl. Schorb, 2015, S. 82).

5.3.5 Klassenhabitus – Verteidigung eines Lebensstils

In den vorhergehenden Kapiteln wurden in erster Linie materielle und sich daraus ergebende psychosoziale Erklärungsansätze der gesundheitlichen Ungleichheit zur Erläuterung der erhöhten Prävalenz von Übergewicht bei Kindern armer Familien herbeigezogen. Immer wieder kamen dabei schichtspezifische Verhaltensweisen zur Sprache. In diesem Zusammenhang nennen Müller, Danielzik und Pust (2006) die schichtspezifischen Verhaltensweisen «sozial determinierte Verhaltensmuster». Sie kommen zum Schluss, dass der sozioökonomische Status Einfluss auf verschiedene Lebensstilvariablen wie die Lebensmittelauswahl und das Ernährungs- und Bewegungsverhalten hat (vgl. S. 212 – 213). Barlösius (1999) schreibt bezogen auf das Ernährungsverhalten: «Zwischen dem, was Menschen essen, ihren geschmacklichen Vorlieben und ihrer sozialen Lage besteht eine Korrespondenz» (S. 109). Dies macht ersichtlich, dass die materiellen Erklärungsansätze von den kulturell-verhaltensbezogenen nicht zu trennen sind, wie dies auch Richter und Hurrelmann (2009) betonen (vgl. S. 20), denn schichtspezifische Verhaltensweisen – der sogenannte Klassenhabitus – entstehen, wie bereits in Kapitel 3.2 erwähnt, auf Grundlage der Sozialisation in einem spezifischen Milieu und dessen strukturellen Bedingungen (vgl. Fuchs-Heinritz & König, 2014, S. 90). Diese Verwobenheit des sozioökonomischen Status und des Lebensstils muss unbedingt beachtet werden, um bei Erklärungen zur höheren Prävalenz von Übergewicht bei Kindern armer Familien einer Reduktion auf das individuelle Verhalten vorzubeugen und somit der Diskriminierung entgegenzuwirken.

Dieses Kapitel widmet sich spezifisch dem Lebensstil von Armenmilieus. Bourdieu (zit. in Barlösius, 1999) charakterisierte in den 1980er Jahren die Essensstile verschiedener Schichten folgendermassen: Während die unteren Schichten mehr Wert auf die Substanz, die Quantität des Essens legten, war den höheren Schichten die Form, die Qualität des Essens von Bedeutung. Bourdieu bezeichnet die beiden Geschmäcker als Notwendigkeits- beziehungsweise Luxusgeschmack, wobei die Ernährungsweisen die jeweiligen Lebensumstände reflektieren sowie als Mittel zur sozialen Distinktion fungieren (vgl. S. 111 – 116). Heute haben sich laut Rose (2005) die Konsummuster weiter ausdifferenziert, um Orientierung im weiten Angebot an Lebensmitteln zu haben und die soziale Strukturierung über das Essen zu erreichen. Die Esskultur ist in verschiedenste Gruppen zergliedert, beispielsweise in Vegetarier und Vegetarierinnen, in Vertretende des biologischen Anbaus oder in Billigessende (vgl. S. 30). Diese starke Ausdifferenzierung der Esskultur und damit einhergehend die vielen verschiedenen Informationen hinsichtlich Ernährung können gerade bei Personen mit einem tiefen Bildungsstand zu einer Überforderung führen (vgl. Schorb, 2008a, S. 10 – 11), während Personen mit besserer Bildung eher in der Lage sind, die Informationen zu bündeln und so verstärkt auf die Ernährung zu achten (vgl. Schuwey & Knöpfel, 2014, S. 127). Barlösius (1999) verdeutlicht diese Unübersichtlichkeit bezüglich des Alltagswissens über eine gesunde Ernährung mit dem folgenden Zitat: «Was gestern als gesund galt, wird heute als ungesund verworfen» (S.37). Wenn man bedenkt, wie viele verschiedene Verhaltenstipps auch in Bezug auf ein richtiges Bewegungsverhalten im gesellschaftlichen Diskurs kursieren, so wird ersichtlich, dass sich die ausgeführten Überlegungen zur Unübersichtlichkeit bezüglich Ernährungsinformationen auch auf die Vorgaben für ein gesundes Bewegungsverhalten anwenden lassen.

Auch wenn verschiedene Ernährungsweisen nebeneinander existieren, so sind sie doch hierarchisch zueinander positioniert (vgl. Rose, 2005, S. 31). Barlösius (1999) schreibt hierzu, dass lediglich die kulturell und ökonomisch wohlhabenden Kreise die Macht haben, ihren Konsumstil als den legitimen durchzusetzen (vgl. S. 114). Wenn Müller, Danielzik und Pust (2006), Eike (2018) sowie Schnyder-Walser, Ruffin, Grunder und Widmer (2015) schreiben, dass sich eine ungünstige Ernährungsweise eher bei sozioökonomisch tieferen Schichten finden lässt (vgl. S. 213; S. 70; S. 26), so tun sie dies folglich immer vor dem Hintergrund der gesellschaftlich geltenden Norm eines gesunden Ernährungsverhaltens, welche von den kulturell und ökonomisch wohlhabenden Kreisen vorgegeben wird. «Die von der Ernährungsaufklärung und -beratung empfohlene Ernährungsweise ist somit keineswegs sozial neutral, wie durch den Bezug auf naturwissenschaftliche Zusammenhänge unterstellt wird. Sie entspricht auf vielfache Weise dem Essstil, der bevorzugt in mittleren sozialen Lagen praktiziert wird» (Barlösius, 1999, S. 224). Laut Rose (2005) wurden in sozialen Aushandlungsprozessen verschiedenen Lebensmitteln gesellschaftliche Bedeutungen gegeben, sie wurden nach

medizinisch-funktionalen Vorgaben in gut und schlecht unterteilt. Dabei sieht es die eben zitierte Autorin als zweifelhaft an, ob wirklich ein Zusammenhang zwischen bestimmten Nahrungsmitteln und der Gesundheit besteht. Sie argumentiert, dass ein solches Verständnis von Gesundheit als Produkt spezifischer Nahrungsmittel und Inhaltsstoffe eindimensional und unterkomplex sei (vgl. S. 21 – 22). Auch die Definition von Gesundheit, die dieser Arbeit zugrunde liegt, lässt sich mit einem solchen Verständnis nicht vereinbaren. Trotzdem sind die medizinisch-funktionalen Vorgaben hinsichtlich der Ernährung wirkmächtig. Es wird an das Individuum appelliert, seinen eigenen Konsum zu regulieren, die eigene Vernunft über den Genuss zu stellen, die eigenen Triebe zu zügeln (vgl. Rose, 2005, S. 23 – 24). Folgt man der Argumentation von Bourdieu (zit. in Barlösius, 1999), dass das Essen für Personen aus schlechter gestellten Schichten einen Bereich darstellt, in dem sie sich nicht noch zusätzlichen Verhaltensnormen und -kontrollen beugen wollen (vgl. S. 113), so werden die unterschiedlichen Werte verschiedener Milieus ersichtlich. Schorb (2008b) erachtet das Beibehalten der eigenen Vorlieben im Ernährungsverhalten von Personen sozioökonomisch tieferer Schichten als Auseinandersetzung um den richtigen Lebensstil. Ernährungsimperativen aus der Mittelschicht wird getrotzt, um den eigenen Lebensstil zu verteidigen, denn der eigene Geschmack wird nicht nur aufgrund von ökonomischen Vorgaben verfolgt, sondern vermag auch eine Identität zu erschaffen und hat somit eine kulturelle, soziale und psychische Funktion. Um dies zu verdeutlichen, führt Schorb das Beispiel einer Mutter mit wenig finanziellen Ressourcen an, die mit ihren Kindern beim vergleichsweise kostengünstigen McDonald's essen geht, um der Familie ein gemeinsames Erlebnis zu ermöglichen (vgl. S. 118 – 120). Auch Rose (2005) weist darauf hin, dass Essen nicht bloss eine Zuführung von Kalorien und Nährstoffen ist, wie der wirkmächtige medizinisch-wissenschaftliche Diskurs suggeriert, sondern, dass durch Essen Zugehörigkeit und Abgrenzung passiert, Essen also eine identitätsstiftende und integrative Wirkung hat. Aus diesem Grund ist sie ebenfalls der Meinung, dass es sich bei der Verweigerung gegen andersartige Speisen um einen Akt der Selbstbehauptung handelt. Ungesundes Essen kann zum Zeichen des Widerstands gegen die ausschliesslich gesundheitsmedizinische Betrachtung des Essens gesehen werden (vgl. S. 29). Auch Baier (2013) betont im Zusammenhang mit Übergewicht bei Migrantenfamilien das identitätsstiftende, heimatschaffende Element von Essen (vgl. S. 41). Vor diesem Hintergrund wird erneut verständlich, weshalb mittelschichtorientierte Programme der Gesundheitsförderung und Prävention – gerade auch, wenn sie lediglich medizinisch-funktional orientiert sind – in sozial schlechter gestellten Schichten wenig Anklang finden. Wenn der Klassenhabitus kollektive Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsschemata beinhaltet (vgl. Fuchs-Heinritz & König, 2014, S. 90), so lässt sich neben dem schichtspezifi-

schen Ernährungsverhalten auch das milieutypische Bewegungsverhalten darin einschließen. Vor diesem Hintergrund lassen sich die vorhergehenden Ausführungen bezüglich der Bedeutung des eigenen Lebensstils wiederum auf das Bewegungsverhalten übertragen.

Zu guter Letzt relativiert Schorb (2015) die Wirkung eines als gesundheitsförderlich definierten Lebensstils bei Personen sozioökonomisch tieferer Schichten. Laut dem Autor wird nicht nur das Gesundheitsverhalten durch den sozioökonomischen Status beeinflusst, sondern auch die Wirkung des Gesundheitsverhaltens auf die eigene Gesundheit. So haben bei höheren sozialen Schichten eine gesunde Ernährung und ausreichend körperliche Bewegung eine stärkere positive Wirkung auf die allgemeine Gesundheit als bei sozial schlechter Gestellten (vgl. S. 85). Der Output, der auf die Anstrengung eines gesunden Ernährungs- und Bewegungsverhaltens folgt, ist folglich kleiner.

Die in Kapitel 5.3 dargestellten Ansätze zur Erklärung der erhöhten Prävalenz von Übergewicht bei Kindern armer Familien im Rahmen der gesundheitlichen Ungleichheit erheben keinesfalls den Anspruch vollständig zu sein. Das Ziel war es, in erster Linie aufzuzeigen, dass zahlreiche strukturelle Bedingungen zur Häufung von Übergewicht bei sozial schlechter gestellten Kindern führen können und Gesundheit eben nicht für jeden und jede gleich machbar ist, gerade auch, weil das, was als gesund gilt, vom Mittelstand definiert wird. Das Vorhandensein dieser gesundheitlichen Ungleichheiten in Hinsicht auf Übergewicht bei Kindern armer Familien verlangt folglich nach anderen Interventionen als Appelle an die individuelle Verantwortung. Möglichkeiten für solche Interventionen, vor allem in Bezug auf die Handlungsspielräume der Sozialen Arbeit, werden im folgenden Kapitel aufgezeigt.

6 Übergewicht bei Kindern armer Familien: Reduzierung

Bereits mehrmals wurden in der vorliegenden Arbeit die verschiedenen Massnahmen erwähnt, die gegen Übergewicht ergriffen wurden (vgl. bspw. Schmidt-Semisch & Schorb, 2008, S. 9). Folgt man Groenemeyers (2012) Argumentation, dass zur Lösung von sozialen Problemen Massnahmen auf Basis der herrschenden Problemdefinition ergriffen werden (vgl. S. 35), so wurde dies beim sozialen Problem Übergewicht auf Basis der Problemdeutung «Adipositas als Epidemie» in Kombination mit der Problemdeutung «Adipositas als abweichendes Verhalten» vorgenommen, wie dies auch Schorb (2008a) bestätigt (vgl. S. 60). Allerdings konnte aufgezeigt werden, dass sowohl die Problemdeutung «Adipositas als Epidemie» als auch dessen Ergänzung durch die Problemdefinition «Adipositas als abweichendes Verhalten» in keiner Weise die gesellschaftliche Strukturierung thematisieren, die den sozialen Gradienten im Hinblick auf die Prävalenz von Übergewicht bei Kindern entstehen lässt. Während bei der Problemdeutung «Adipositas als Epidemie» die gesamte Gesellschaft gleichermassen betroffen ist (vgl. Schorb, 2015, S. 97), erklärt die Problemdeutung «Adipositas als abweichendes Verhalten» die höhere Betroffenheit von Personen mit tieferem sozioökonomischem Status mit dem angeblich kollektiven Fehlverhalten in Armenmilieus (vgl. Schorb, 2008a, S. 69 – 70). Es wird also ersichtlich, dass die Massnahmen, die auf Basis dieser Problemdefinitionen ergriffen wurden, einer Sozialen Arbeit, die aus dem Prinzip der sozialen Gerechtigkeit vor dem Hintergrund von Ungleichheitsverhältnissen ihre Verpflichtungen ableitet (vgl. AvenirSocial, 2010, S. 9) und den gesamtgesellschaftlichen Kontext stets mitberücksichtigt, um der Individualisierung von Problemlagen entgegenzuwirken (vgl. Ritscher, 2007, S. 53), nicht entsprechen können. Gleichzeitig muss es laut AvenirSocial (2010) ein Ziel der Sozialen Arbeit sein, Lösungen für soziale Probleme zu entwickeln und ihr spezifisches Wissen diesbezüglich in der Öffentlichkeit, der Forschung und der Politik zu verbreiten (vgl. S. 6 & S. 13). Auch Staub-Bernasconi (zit. in von Spiegel, 2013) bezeichnet soziale Probleme als Gegenstand der Sozialen Arbeit (vgl. S. 22 – 25), womit das soziale Problem Übergewicht zu einem zentralen Handlungsfeld der Sozialen Arbeit wird. Schmitt und Rose (2017) sehen insbesondere das erhöhte Übergewichtsrisiko von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen als Handlungsbedarf begründende Thematik der Sozialen Arbeit an. Allerdings sind die Autorinnen der Ansicht, dass das Thema Übergewicht sowohl im Fachdiskurs als auch in der Ausbildung der Sozialen Arbeit zu wenig präsent ist. Auf Basis dieser Erkenntnis wird nicht nur allgemein eine stärkere Thematisierung gefordert, sondern auch konkrete alternative Praxiskonzepte zu den bisherigen Präventionsmassnahmen. Die Soziale Arbeit soll sich in der Übergewichtsprävention profilieren (vgl. S. 172 – 173). Auch Homfeldt und Sting (2005) sind der Meinung, dass der Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung zahlreiche Aufgabenfelder der Sozialen Arbeit einschliesst. Gemäss den Autoren läuft

die Soziale Arbeit Gefahr, Entwicklungsmöglichkeiten zu vergeben, wenn sie weiterhin den Gesundheitsbezug ausblendet (vgl. S 41– 42). Handlungsbedarf für die Soziale Arbeit ist folglich gegeben. Anschliessend werden auf Grundlage der alternativen Problemdeutung, die die vorliegende Arbeit zur Erklärung von Übergewicht bei Kindern armer Familien vorschlägt, – Übergewicht als Folge gesundheitlicher Ungleichheit – mögliche Ansatzpunkte für Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen der Sozialen Arbeit ausgearbeitet unter Berücksichtigung professioneller Grundsätze, Grundwerte und Handlungsprinzipien gemäss Berufskodex von AvenirSocial (2010) (vgl. S. 6 – 14). Weyers und Richter (2014) legen verschiedene Kriterien fest, die Interventionen bezogen auf die Gesundheitsförderung und Prävention berücksichtigen sollen und welche auch mit den professionellen Grundsätzen, Grundwerten und Handlungsprinzipien der Sozialen Arbeit einhergehen. Gemäss dem Autor und der Autorin sollen die Interventionen zwingend die Bedürfnisse der Zielgruppe berücksichtigen und dies durch deren direkte Beteiligung sicherstellen. Sie sollen innovativ und nachhaltig sein sowie die Zielgruppe befähigen und selbst zu Experten und Expertinnen machen. Des Weiteren soll der Zugang zu den Massnahmen niederschwellig sein und durch sie sollen lebensweltliche Bedingungen gestaltet werden können, um dadurch Verhaltensweisen zu beeinflussen. Als weitere Kriterien erwähnen der Autor und die Autorin die Vernetzung, das Qualitätsmanagement und die Qualitätsentwicklung, die Dokumentation und Evaluation sowie das passende Kosten-Nutzen-Verhältnis (vgl. S. 395 – 396). Auf Basis dieser Kriterien kann ein Programm zur Gesundheitsförderung beziehungsweise Prävention übergewichtiger Kinder armer Familien auf dessen Effizienz und Vertretbarkeit hin überprüft werden.

6.1 Definition Prävention und Gesundheitsförderung

In einem Bericht des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (2007) über die Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz werden die beiden Begriffe wie folgt definiert: Prävention meint «Massnahmen, die auf die Verminderung des Risikos für eine definierte Krankheit ausgerichtet sind» (BAG, 2007, S. 14). Dabei kann unterschieden werden zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention, je nachdem, ob die Risikogruppe sich bereits in einem Krankheitsstadium befindet und inwieweit dieses fortgeschritten ist. Im Gegensatz zur sekundären und tertiären Prävention kann primäre Prävention allerdings auch risikogruppenunspezifisch als generelle Prävention für die gesamte Bevölkerung erfolgen (vgl. Hurrelmann, 2010, S. 148 – 149). Das Bundesamt für Gesundheit (2007) unterscheidet zudem die Verhaltensprävention, die auf die Beeinflussung des individuellen Verhaltens zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz zielt, von der Verhältnisprävention, die Massnahmen zur positiven Veränderung von Arbeits-, Lebens- und Umweltbedingungen beinhaltet. Der Begriff Gesundheitsförderung wird im Bericht als «Massnahmen zur Stärkung aller individuellen und kollektiven Ressourcen, die für den Erhalt und die Förderung der Gesundheit relevant sind, ohne Fokussierung auf eine bestimmte Krankheit» (S. 14) definiert. Dabei kann

Gesundheitsförderung ebenfalls sowohl auf die Verbesserung des gesundheitsrelevanten Verhaltens als auch auf die Verbesserung von gesundheitsbeeinflussenden Lebensbedingungen abzielen (vgl. S. 14).

Vor dem Hintergrund von Hurrelmanns (2010) Gesundheitsdefinition (vgl. S. 146) hat die Gesundheitsförderung folglich die Stärkung der Schutzfaktoren für Gesundheit zum Ziel, wirkt also salutogen. Dagegen ist das Wirkungsprinzip der Prävention umgekehrt, nämlich pathogen, da es um ein Abwenden beziehungsweise Abschwächen von Krankheiten geht. Letztlich ist allerdings das Ziel sowohl der Gesundheitsförderung als auch der Prävention, einen Gesundheitsgewinn und somit eine Verbesserung der gesundheitlichen Lebensqualität zu erreichen, sei es von kranken oder von gesunden Personen. Da die beiden Interventionsformen nicht nur dasselbe Ziel haben, sondern gemäss Hurrelmann meist auch kombiniert werden müssen, um einen nachhaltigen Gesundheitsgewinn zu erzielen (vgl. S. 147 – 150), wird bei den folgenden Ansatzpunkten für die Soziale Arbeit in Bezug auf Massnahmen bei übergewichtigen Kindern armer Familien auf eine Unterscheidung von Gesundheitsförderung und Prävention verzichtet. Es sollen Massnahmen benannt werden, die gleichzeitig Krankheitsrisiken abzubauen und Gesundheitsressourcen aufzubauen vermögen (vgl. Hurrelmann, 2010, S. 150).

6.2 Interventionen bezogen auf die Verhältnisse

Zahlreiche Autoren und Autorinnen betonen, dass, obwohl die bisherigen Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategien in erster Linie auf die Veränderung des individuellen Verhaltens abzielten (vgl. Richter & Hurrelmann, 2009, S. 29), Veränderungen in den gesamtgesellschaftlichen Verhältnissen unumgänglich sind, um der gesundheitlichen Ungleichheit und somit der höheren Prävalenz von Übergewicht bei Kindern armer Familien entgegenzuwirken (vgl. Schuwey & Knöpfel, 2014, S. 129; Huwiler, Amstutz & Minder, 2003, S. 62; Laimbacher, 2004, S. 76). Richter und Hurrelmann (2009) weisen auf verschiedene Untersuchungen hin, die aufgezeigt haben, dass materiellen und damit einhergehend psychosozialen Faktoren bei der Genese von gesundheitlichen Ungleichheiten eine wesentliche Bedeutung zukommt. Neben dem direkten Einfluss auf die Gesundheit, die die genannten Faktoren haben, wirken sich diese auch indirekt auf das individuelle Verhalten aus, indem sie sozial determinierte Verhaltensweisen erzeugen, wie in der vorliegenden Arbeit bereits aufgezeigt wurde. Daraus schliessen die Autoren, dass bei einem ausschliesslichen Fokus auf das individuelle Verhalten wenig gegen gesundheitliche Ungleichheiten erreicht wird (vgl. S. 29). «Weitaus wichtiger für die Gesundheit der Bevölkerung ist [...] die Tatsache, dass die sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen, wie sie sich in sozialen Ungleichheiten widerspiegeln, die Menschen krank und hilfebedürftig machen» (Richter & Hurrelmann, 2009, S. 24). Für die Be-

kämpfung von gesundheitlicher Ungleichheit und damit einhergehend der erhöhten Prävalenz von Übergewicht bei Kindern armer Familien ist eine ganzheitliche Zusammenarbeit verschiedener Professionen und politischer Ebenen erforderlich, die sich mit dem gesellschaftlichen Zusammenleben befassen (vgl. Schnyder-Walser, Ruffin, Grunder & Widmer, 2015, S. 5; Roulet, 2004, S. 31; vgl. Müller, Danielzik & Pust, 2006, S. 212 – 216), denn «über die Gesundheit der Bevölkerung sowie insbesondere die Verteilung von Gesundheits- und Lebenschancen wird primär in diesen Bereichen entschieden» (Rosenbrock & Kümpers, 2009, S. 386).

6.2.1 Sozialpolitische und sozialräumliche Interventionen

«Soziale Arbeit initiiert und unterstützt über ihre Netzwerke sozialpolitische Interventionen und beteiligt sich sozialräumlich an der Gestaltung der Lebensumfelder sowie an der Lösung struktureller Probleme, die sich im Zusammenhang mit der Einbindung der Individuen in soziale Systeme ergeben» (AvenirSocial, 2010, S. 6). Wenn die erhöhte Prävalenz von Übergewicht bei Kindern armer Familien Ausdruck der sozialen Ungleichheit in der Gesundheit ist (vgl. Schnyder-Walser, Ruffin, Grunder & Widmer, 2015, S. 5), so handelt es sich hierbei um ein strukturelles Problem, welches durch bestimmte Systemintegrationen entsteht. Daher sind auch Homfeldt und Sting (2008) der Ansicht, dass sowohl sozialpolitische Massnahmen als auch gemeinwesensorientierte sozialräumliche Interventionen der Sozialen Arbeit gefragt sind. Hierfür fordern die Autoren, dass sich die Soziale Arbeit als eigenständige Akteurin für die nachhaltige Verbesserung der Lebenslage von Kindern und Jugendlichen profiliert, anstatt lediglich den herrschenden Präventionsgremien zu assistieren (vgl. S. 42 – 43).

Eine Möglichkeit, den gesundheitlich ungleich verteilten Chancen entgegenzuwirken und somit die Lebenslage von armutsbetroffenen Kindern zu verbessern, sehen Richter und Hurrelmann (2009) in der Verringerung der sozialen Ungleichheit, sprich in der Verringerung von Unterschieden in der Bildung, dem Berufsstatus und dem Einkommen. Laut den Autoren muss in erster Linie die soziale Ungleichheit bekämpft werden, um gesundheitliche Chancengerechtigkeit zu erreichen (vgl. S. 28). Auch Rosenbrock und Kümpers (2009) sind der Ansicht, dass Massnahmen gegen die gesundheitliche Ungleichheit unter anderem beim Arbeitsmarkt, der Bildung, den Sozialleistungen, der Steuergestaltung sowie beim Wohnungsmarkt ansetzen müssen, um Statusunterschiede zu verringern, mit denen die stärkere Aussetzung an Gesundheitsbelastungen und die geringeren Gesundheitsressourcen von sozioökonomisch tiefer gestellten Schichten einhergehen (vgl. S. 386 – 392). Vor diesem Hintergrund fordern Huwiler, Amstutz und Minder (2003) einen existenzsichernden Mindestlohn, ausreichend Krippenplätze für Alleinerziehende sowie gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen (vgl. S. 62). Caritas (2015) steht für Familienergänzungsleistungen ein, die die Existenzsicherung von Familien garantieren sollen (vgl. S. 10). AvenirSocial nahm im Rahmen

ihres politischen Mandats 2008 Stellung gegenüber der Teilrevision des Bundesgesetzes über die obligatorische Arbeitslosenversicherung, die eine Reduzierung der Leistungen für arbeitslose Personen vorsah (vgl. AvenirSocial, 2008, S. 1) und somit die Verschlechterung der Situation zahlreicher Familien und somit Kinder zur Konsequenz hatte. Ein solches sozialpolitisches Engagement geht auch mit der Verpflichtung der Sozialen Arbeit zur gerechten Verteilung von Ressourcen einher (vgl. AvenirSocial, 2010, S. 10). Weyers und Richter (2014) erwähnen Beispiele für Bildungsangebote für sozial benachteiligte Kinder sowie Angebote gegen Arbeitslosigkeit, die der sozialen Ungleichheit entgegenwirken sollen (vgl. S. 394). Für die Schweiz kann als mögliches Beispiel zur Verbesserung der Bildungschancen sozial schlechter gestellter Kinder das Förderprogramm «Chancengerechtigkeit durch Arbeit an der Lernlaufbahn» des Zürcher Gymnasium Unterstrass genannt werden, welches Kinder mit Migrationshintergrund und tiefem sozioökonomischem Status auf dem Weg in eine Mittelschule unterstützt (vgl. Gymnasium Unterstrass, 2011).

Neben sozialpolitischen Massnahmen bezogen auf die Einnahmen und Ausgaben eines Haushaltes, bildungspolitischen Interventionen und Anpassungen des Arbeits- sowie Wohnungsmarktes sehen verschiedene Autoren und Autorinnen die Notwendigkeit zur Veränderung von Lebensräumen sozial benachteiligter Kinder (vgl. Böhler & Dziuk, 2014, S. 170; Müller, Danielzik & Pust, 2006, S. 212; Weimann, 2018, S. 99). Van Lenthe (2008) betont, dass siedlungsspezifische Benachteiligungen von Wohnorten erfasst werden sollen, um sie anschliessend durch strukturelle Interventionen zu verringern und somit die materielle und soziale Wohnumwelt zu verbessern. Der Autor erachtet die Aspekte saubere Luft, frisches Wasser, frische Nahrung, Kommunikation, befriedigende persönliche Beziehungen, Entspannungsmöglichkeiten und öffentliche Sicherheit als wichtig für einen Wohnort. Er plädiert dafür, die Wohnumwelt so zu gestalten, dass ein gesundheitsförderndes Verhalten begünstigt wird (vgl. S. 215 – 240). Böhler und Dziuk (2014) sind der Ansicht, dass für die Schaffung von gesunden Lebensräumen die Möglichkeiten zur körperlichen Bewegung verbessert werden müssen (vgl. S. 170). Auch Roulet (2004) bestätigt, dass die Städte fussgängerfreundlicher gestaltet werden sollen (vgl. S. 31). Rosenbrock und Kümpers (2009) erwähnen, dass die Gesundheitsförderung und Prävention unter anderem bei der Versorgung mit Freizeiteinrichtungen ansetzen muss (vgl. S. 393). Dabei fordert van Lenthe (2008), dass die Zielgruppen bei der Neugestaltung ihres Lebensraumes unbedingt miteinbezogen werden müssen (vgl. S. 240). Diese Forderung entspricht den von Weyers und Richter (2014) festgelegten Kriterien für Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen (vgl. S. 395 – 396) und vermag folglich professionelle Werte der Sozialen Arbeit einzulösen.

6.2.2 Der Diskriminierung übergewichtiger Personen entgegenwirken

Die Soziale Arbeit soll durch ihr Engagement nicht nur strukturelle Veränderungen erreichen, sondern auch diskursive. Vor dem Hintergrund ihrer Verpflichtung, unter anderem gegen die Diskriminierung von körperlichen Merkmalen einzustehen (vgl. AvenirSocial, 2010, S. 9), ist es ihr Auftrag, Diskriminierungen aufgrund des Körpergewichts entgegenzuwirken (vgl. Avemann & Kagerbauer, 2017, S. 186), auch bei übergewichtigen Kindern armer Familien. Da der Körper gemäss Winker und Degele (2009) zu einer Kategorie zählt, die in kapitalistischen Gesellschaften den Zugang zum sowie die Stellung im Erwerbsarbeitsmarkt strukturiert (vgl. S. 49), werden Diskriminierungen zur Aufrechterhaltung der Norm – wobei ein schlanker und fitter Körper die Schönheitsnorm darstellt – und damit einhergehend zur Hierarchisierung von Körperformen gebraucht (vgl. Avemann & Kagerbauer, 2017, S. S. 187 – 189). Diese Herrschaftsverhältnisse, die auf Basis körperlicher Merkmale ausgeübt werden, nennen Winker und Degele (2009) «Bodyismen» (vgl. S. 51). Die Folge dieser Bodyismen ist, dass sich bereits Kinder und Jugendliche vor einer Ausgrenzung aufgrund eines zu hohen Körpergewichts fürchten, was sich darin zeigt, dass laut einer Umfrage, auf die Avemann und Kagerbauer (2017) verweisen, acht von zehn der befragten Siebzehnjährigen unabhängig ihres Körpergewichts abnehmen möchten. Es werde vermittelt, dass dicke Menschen ihren Körper nicht mögen dürfen, weil sie eigentlich abnehmen sollten, um dem Schönheitsideal zu entsprechen (vgl. S. 191 – 194). Vor diesem Hintergrund ist Gransee (2008) der Ansicht, dass die psychosozialen Beeinträchtigungen, die durch die strengen Schlankeitsnormen und die damit einhergehenden Diskriminierungen dicker Menschen entstehen, in keinem Verhältnis zu den behaupteten gesundheitlichen Risiken von einem zu hohen Körpergewicht stehen (vgl. S. 166). Verschiedene Gegendeutungen zur Problemdefinition «Adipositas als Epidemie», die Schorb (2008a/ 2015) benennt, kommen zu ähnlichen Schlüssen (vgl. S. 57/ S. 9). So sind beispielsweise die Protagonisten und Protagonistinnen der «Anti-Diät-Bewegung» ebenfalls der Ansicht, dass der allgegenwärtige Schlankeitswahn grössere Gesundheitsprobleme verursacht als ein nach den Grenzwerten zu hohes Körpergewicht (vgl. Schorb, 2015, S. 232). Vertretende von «Size-Acceptance» plädieren dafür, Übergewicht und Adipositas als körperliche Vielfalt anzusehen und die Kategorien für bestimmte Körperformen aufzuheben (vgl. Schorb, 2008a, S. 72) und durch die Problemdeutung von «Fat-Acceptance» wird Kritik an den gesellschaftlichen Diskriminierungen von dicken Menschen geübt mit dem Ziel, die Gleichberechtigung dicker Körper und damit einhergehend gleiche gesellschaftliche Teilhabe zu erreichen (vgl. Schorb, 2015, S. 232).

Das Wissen um gesellschaftliche Normvorstellungen und damit einhergehende Machtverhältnisse kann die Soziale Arbeit für sich nutzen. Avemann und Kagerbauer (2017) machen in diesem Zusammenhang verschiedene Vorschläge, wie die Soziale Arbeit der Diskriminie-

rung dicker Körper entgegenwirken kann. Die Ausführungen lassen sich auch auf die Zielgruppe dieser Arbeit, die übergewichtigen Kinder armer Familien, anwenden, wobei die Autorin dieser Arbeit darauf hinweist, dass je nach Reifestand des Gegenübers abgewogen werden muss, welche Massnahmen sinnvoll erscheinen. Zentral ist laut Avemann und Kagerbauer (2017), dass die Soziale Arbeit nicht verschiedene Körperformen thematisiert und ein zu hohes Körpergewicht zwingend mit Krankheit gleichsetzt, sondern die dahinterstehenden Körpernormen und gesellschaftlichen Verhältnisse anspricht. Hierzu soll sie gegenüber übergewichtigen Adressaten und Adressatinnen Räume und Sprache anbieten, um über gemachte Diskriminierungserfahrungen zu sprechen. Die Thematisierung soll frei von Schuld- und Optimierungslagen erfolgen, um Entlastung vom alltäglichen Schönheits- und Normierungsdruck zu schaffen. Hierbei ist es Aufgabe der Sozialen Arbeit, gesellschaftliche Bezüge herzustellen, um den Betroffenen aufzuzeigen, dass sie mit ihren Erfahrungen nicht alleine sind und um die Herrschaftsverhältnisse zu verdeutlichen, auf denen Normvorstellungen beruhen. Dies wiederum kann die eigene Haltung der Betroffenen stärken und sie dadurch empowern. Auch sollen die Adressaten und Adressatinnen für ihr Überleben in den diskriminierenden Strukturen gewürdigt und ihre diesbezüglichen Bewältigungsstrategien als Ressource angesehen werden. Für die Fachkraft der Sozialen Arbeit ist es absolut erforderlich, sich bei diskriminierungsrelevanten Themen mit den eigenen Privilegien auseinanderzusetzen und diese reflexiv zu handhaben. (vgl. S. 178 – 201) Auch Fischer (2017) betont die Notwendigkeit zur Selbstreflexion in der Arbeit mit übergewichtigen Menschen. Hierfür zeigt die Autorin verschiedene Reflexionsfragen auf, die helfen sollen, das eigene Verhältnis zu einem zu hohen Körpergewicht zu erfassen, wie beispielsweise die Frage nach der eigenen Bewertung von hohem Körpergewicht. Neben der Selbstreflexionsbereitschaft erachtet sie Empathie, achtsames Nachfragen, aktives Zuhören sowie die Bereitschaft, auf Urteile und Entwertungen zu verzichten als absolut notwendig, um als professioneller Helfer beziehungsweise professionelle Helferin dem Gegenüber mit echtem Interesse entgegenzutreten zu können (vgl. S. 225 – 228). Fischers Anforderungen gehen allesamt mit der in der Sozialen Arbeit geforderten Subjektorientierung (vgl. von Spiegel, 2013, S. 28 – 30) einher. Laut Fischer (2017) kann eine solche Subjektorientierung zur Erhöhung des Selbstwertgefühls von übergewichtigen Personen führen, was ein wichtiger Bestandteil der Lebensqualität darstellt. Zudem kann erst durch die von echtem Interesse geprägte Beziehung herausgearbeitet werden, welcher Hilfestellungen der Adressat beziehungsweise die Adressatin bedarf, denn nicht für jede übergewichtige Person steht die Gewichtsabnahme im Vordergrund (vgl. S. 220 – 226). Dass nicht für jede übergewichtige Person zwingend das Abnehmen im Vordergrund steht, um sich gesund zu fühlen, geht mit der Gesundheitsdefinition einher, die dieser Arbeit zugrunde liegt und Gesundheit in erster Linie als subjektives Wohlbefinden beschreibt (vgl. Hurrelmann, 2010, S. 146). Als Unterstützung zur Ausarbeitung der bedürfnisgerechten Hilfestellung für

übergewichtige Adressatinnen und Adressaten gibt Fischer (2017) wiederum eine Liste mit Fragen ab, die in Koproduktion mit Betroffenen erarbeitet wurde und keine Entwertungen enthalten sollte, so beispielsweise die Frage, welche Vor- oder Nachteile das eigene Körpergewicht für die betroffene Person hat (vgl. S. 226 – 227).

Neben den Handlungsmöglichkeiten, die die Fachkraft der Sozialen Arbeit hat, um gegen die Diskriminierung übergewichtiger Menschen vorzugehen, sehen Avemann und Kagerbauer (2017) das Aneignen und Neuinterpretieren von beleidigend verwendeten Begriffen wie beispielsweise «fett» als Strategie der Selbstermächtigung für übergewichtige Adressaten und Adressatinnen (vgl. S. 200 – 201). Schmitt und Rose (2017) kommen zum Schluss, dass es kaum Begriffe gibt, mittels denen nicht diskreditierend über Menschen mit zu hohem Körpergewicht gesprochen werden kann (vgl. S. 175). Durch die Aneignung von negativ konnotierten Begriffen können als übergewichtig eingestufte Personen bewirken, dass die Bezeichnungen nicht mehr beleidigend gegen sie verwendet werden können, was wiederum die Selbstwirksamkeit stärkt (vgl. Avemann & Kagerbauer, 2017, S. 201).

In Bezug auf die Öffentlichkeit sind Avemann und Kagerbauer (2017) der Ansicht, dass die Soziale Arbeit eine diskriminierungskritische Stellung beziehen und sich für die Verschiedenheit von Körperformen einsetzen muss. So soll sie im Rahmen ihres politischen Mandates die bestehenden Normalitätsvorstellungen und die damit einhergehenden Macht- und Herrschaftsverhältnisse benennen und kritisieren (vgl. S. 198). «Es gilt eine Haltung zu veralltäglichen, die Dickleibigkeit in das anerkannte Normalitätsspektrum der Körper einschliesst [...]» (Schmitt & Rose, 2017, S. 184). Auch der Berufskodex von AvenirSocial (2010) sieht es als Verpflichtung der Sozialen Arbeit an, eine politische Ordnung einzufordern, die alle Menschen als Gleiche anerkennt (vgl. S. 8). Als mögliche Strategie hierzu sehen Avemann und Kagerbauer (2017) die Veränderung sogenannter «bodyistischer Sehgewohnheiten» bei medialen Darstellungen. So soll beispielsweise auf Flyern, Homepages oder anderen Medienformaten bewusst die körperliche Diversität abgebildet werden, ohne dabei Stereotype zu reproduzieren. Auf diese Weise können normierte Sehgewohnheiten irritiert und damit diskursfähig gemacht werden (vgl. S. 198). Allerdings scheint die Soziale Arbeit gerade beim Vertreten professionseigener Werte in der politischen Debatte um die Diskriminierung von Personen mit zu hohem Körpergewicht noch viel Handlungspotential zu haben. So erachten Rose und Sturzenhecker (2010) die Soziale Arbeit im momentan herrschenden Diskurs eher als Kollaborateurin der herrschenden Machtverhältnisse anstatt als kritische Mahnerin (vgl. S. 34).

6.3 Interventionen bezogen auf das Verhalten

Sowohl Gesundheitsförderung als auch Prävention beinhalten neben Interventionen, welche die Verhältnisse beeinflussen sollen, auch Massnahmen, die sich auf die Veränderung des

individuellen Verhaltens hin zu mehr Gesundheitskompetenz beziehen (vgl. BAG, 2007, S. 14). Allerdings wurde bereits darauf hingewiesen, dass ausschliesslich auf das Verhalten bezogene Interventionen nicht ausreichen, um der gesundheitlichen Ungleichheit und damit einhergehend der höheren Prävalenz von Übergewicht bei Kindern armer Familien entgegenzuwirken (vgl. Schuwey & Knöpfel, 2014, S. 129; Huwiler, Amstutz & Minder, 2003, S. 62; Laimbacher, 2004, S. 76) Dies wurde mit Erklärungen verdeutlicht. Beispielsweise wurde aufgezeigt, dass zahlreiche Armutsbetroffene aufgrund des mangelnden Kohärenzgefühls nicht in der Lage sind, mittelschichtorientierte Verhaltenstipps anzunehmen und umzusetzen (vgl. Schuwey & Knöpfel, 2014, S. 129) oder, dass wegen der Medikalisierung des Essens und der damit einhergehenden Fokussierung des Nährstoffgehalts die psychische und soziale Funktion von Essen ausgeblendet und Genuss verunmöglicht wird (vgl. Rose, 2005, S. 24 – 25). Schorb (2008b) geht sogar so weit, die Ratschläge aus der Mittelschicht als Angriffe auf die Lebensstile ärmerer Haushalte zu verstehen, die wenig helfen und aufhören müssen (vgl. S. 120 – 121). Vor diesem Hintergrund sind Homfeldt und Sting (2005) der Ansicht, dass Gesundheitsförderung und Prävention settingbezogen und lebensweltorientiert erfolgen müssen, damit die Bevölkerung auch wirklich erreicht wird (vgl. S. 42). In Bezug auf das Ernährungsverhalten geschieht dies gemäss Rose und Sturzenhecker (2010) allerdings aktuell noch zu wenig: «Es wird nur unzureichend reflektiert, dass Ernährungspraxen wesentliche Bestandteile des Lebensstils und der sozialen Zugehörigkeit darstellen» (S. 35). Gemäss dem Autor und der Autorin orientiert sich die Soziale Arbeit am herrschenden medizinisch-funktionalen Ernährungswissen und versucht dieses den Adressaten und Adressatinnen überzustülpen, obwohl dabei zentrale Werte der Sozialen Arbeit wie die Lebensweltorientierung und die Partizipation übergangen werden (vgl. S. 35). Aus diesem Grund möchte die vorliegende Arbeit eine Möglichkeit aufzeigen, wie es der Sozialen Arbeit gelingen kann, Interventionen bezogen auf das Verhalten bei übergewichtigen Kindern armer Familien zu gestalten, ohne dabei zentralen professionellen Werten zu widersprechen. Dies geschieht allerdings immer mit dem Wissen, dass rein verhaltensbezogene Interventionen, auch wenn sie den Werten der Sozialen Arbeit entsprechen, nicht zur Bekämpfung der sozialen Ungleichheit in der Gesundheit ausreichen.

6.3.1 Aushandeln eines gesunden Lebensstils in Koproduktion

Die Möglichkeiten, die die Soziale Arbeit in Bezug auf gesundheitsfördernde Verhaltensinterventionen hat, ohne dabei lediglich die herrschenden Gesundheitsnormen zu reproduzieren, sollen anhand Roses (2005) Vorschlägen zu einer nachhaltigen gesundheitsförderlichen Ernährungserziehung aufgezeigt werden. Gemäss der Autorin gehören Ernährung und Soziale Arbeit eng zusammen, dies vor allem auch vor dem Hintergrund, dass die Ernährungszuständigkeit immer häufiger aus den Familien ausgelagert und stattdessen institutionell geleistet wird wie beispielsweise bei Mittagstischen in der Schule. Die Soziale Arbeit spielt folglich

eine wichtige Rolle bei Fragen einer gesunden Ernährung. Nach Roses Ansicht muss die Soziale Arbeit in ihrer Ernährungserziehung einen Paradigmenwechsel vollziehen und sich weg von der rationalen Diätetik hin zum Genuss bewegen, auf dem gemäss ihr eine gesunde Ernährungsweise beruht. Allerdings sei sinnliche Freude am Essen nicht möglich in einer Welt, in der die Nahrung mit Medizin gleichgesetzt wird. Eine Ernährungserziehung unter dem Paradigma des Genusses nimmt deshalb stattdessen den individuellen Geschmack als Leitlinie und entdeckt mit ihren Adressaten und Adressatinnen das Schmecken, Riechen und Geniessen während des Kochens und des Essens neu. Dabei müssen die Subjektivität beim Geschmack zwingend toleriert und die individuellen emotionalen und sozialen Bedeutungen des Essens aufgegriffen werden, was durch einen gegenseitigen Perspektivenwechsel gelingen kann. «Wohlgeschmack kann nicht autoritär angeordnet werden, sondern muss immer wieder ausgehandelt werden» (Rose, 2005, S. 27). Der individuelle Geschmack sowie die persönlichen Bedeutungen des Essens sollen zur zentralen Instanz für die Orientierung beim Essen werden, so dass Genuss wieder möglich ist. Um trotzdem noch gemeinsame Mahlzeiten zu erreichen, wonach gemäss Rose Sehnsucht zu bestehen scheint, sollen die verschiedenen Geschmäcker in Prozessen der Auseinandersetzung aufeinander bezogen werden, um sich auf gemeinsame Speisen einigen und somit das gemeinsame Essen gestalten zu können. Dabei ist es Aufgabe von Institutionen der Ernährungserziehung und somit auch der Sozialen Arbeit, solche gemeinsamen Essen zu ermöglichen. (vgl. S. 20 – 33) Schorb (2008b) bestätigt Roses Einschätzungen, dass der richtige Geschmack niemals vorgegeben werden dürfe, sondern stets ausgehandelt werden müsse. Erst auf Basis solcher auf Koproduktion basierenden Aushandlungsprozesse sei es für Kinder möglich, beispielsweise während des Ernährungsunterrichts, in Ganztageschulen mit Mittagessen oder bei sonstigen Kochmöglichkeiten Neues zu lernen und auszuprobieren, da sie sich darauf einlassen können (vgl. S. 121). So scheint es nur durch den Miteinbezug der Adressaten und Adressatinnen zu gelingen, dass es zu einer Passung zwischen Beobachtungs- und Unterstützungssystem kommt (vgl. Ritscher, 2007, S. 38). Hier kann wieder das Kohärenzgefühl von Antonovsky (1997) zur Erklärung dienen (vgl. S. 34 – 37). Während armutsbetroffene Personen bei mittelschichtorientierten Verhaltenstipps aufgrund des mangelnden Kohärenzgefühls kaum in der Lage sind, diese umzusetzen (vgl. Schuwey & Knöpfel, 2014, S. 129), scheint es bei Ernährungswissen, bei dessen Erarbeitung sie selbst miteinbezogen wurden, wahrscheinlicher, dass die Herausforderung der Umsetzung gelingt, da diese eher als handhabbar wahrgenommen wird. Des Weiteren kann gefolgert werden, dass ein Zustand des subjektiven Wohlbefindens – was Hurrelmann (2010) als Gesundheit bezeichnet (vgl. S. 146) – nur erreicht werden kann, wenn die individuellen Bedürfnisse der Person durch deren Miteinbezug bekannt sind. Einen Gesundheitsgewinn, den sowohl die Gesundheitsförderung als

auch die Prävention zum Ziel haben (vgl. Hurrelmann, 2010, S. 149), kann nach diesem Verständnis von Gesundheit nur über die Interessensberücksichtigung der Betroffenen erreicht werden. So plädieren auch Schmitt und Rose (2017) für eine stärkere Berücksichtigung der Interessen von Adressaten und Adressatinnen in der Gesundheitspolitik (vgl. S. 173).

Durch die vorhergehenden Ausführungen konnte aufgezeigt werden, dass die von Rose (2005) propagierte und durch Schorb (2008b) bestätigte Ernährungserziehung den zentralen Charakteristika der Sozialen Arbeit, insbesondere der Subjektorientierung und der Koproduktion (vgl. von Spiegel, 2013, S. 28 – 30 & S. 33 – 35), entspricht, der Miteinbezug und die Beteiligung der Adressaten und Adressatinnen gemäss dem Prinzip der Partizipation (vgl. AvenirSocial, 2010, S. 9) ist gegeben.

Da Schmitt und Rose (2017), wie eben erwähnt, eine stärkere Beachtung der Interessen von Adressaten und Adressatinnen für die gesamte Gesundheitspolitik als notwendig ansehen (vgl. S. 173), können die vorhergegangenen Ausführungen auch auf die Erziehung zu einem gesunden Bewegungsverhalten bei Kindern angewendet werden.

7 Schluss

Eine Fragestellung der vorliegenden Arbeit lautet, inwiefern Übergewicht bei Kindern armer Familien anhand der gesundheitlichen Ungleichheit erklärt und dieses Erklärungsmuster somit der herrschenden Problemdeutung des sozialen Problems Übergewicht als Alternativdeutung gegenübergestellt werden kann. Dazu kann gesagt werden, dass sowohl die herrschende Problemdeutung «Adipositas als Epidemie» sowie deren Ergänzung durch die Problemdeutung «Adipositas als abweichendes Verhalten» zur Erklärung der höheren Prävalenz von Übergewicht bei Kindern armer Familien für die Soziale Arbeit ungeeignet sind. Sie blenden soziale Ungleichheitsverhältnisse aus beziehungsweise individualisieren gesellschaftliche Problemlagen, wodurch Menschen mit hohem Körpergewicht diskriminiert werden. Der Anforderung der Sozialen Arbeit, den gesamtgesellschaftlichen Kontext bei der Entstehung von Problemlagen zu berücksichtigen (vgl. Ritscher, 2007, S. 53) sowie der Verpflichtung, gegen Diskriminierung vorzugehen (vgl. AvenirSocial, 2010, S. 9), widersprechen diese Problemdefinitionen somit diametral. Im Gegensatz dazu gelingt es durch eine Problemdeutung, welche die erhöhte Prävalenz von Übergewicht bei Kindern armer Familien in der gesundheitlichen Ungleichheit verortet, auf die strukturellen Probleme hinzuweisen, die sich durch die ungleichen Einbindungen von Individuen in soziale Systeme ergeben, sprich durch die soziale Ungleichheit entstehen. Betrachtet man Übergewicht bei Kindern armer Familien vor dem Hintergrund der gesundheitlichen Ungleichheit, so wird ersichtlich, dass sich die sozioökonomische Lage direkt beziehungsweise vermittelt über den Klassenhabitus auf das Ernährungs- und Bewegungsverhalten und somit auf das Körpergewicht auswirkt. Die mangelnden finanziellen Ressourcen, die für einen Armenhaushalt charakteristisch sind, erschweren zum einen eine ausgewogene Ernährung, zum anderen schränken sie die potentiellen Freizeitmöglichkeiten für die Kinder massiv ein. Die vorhandenen finanziellen Mittel entscheiden weiter über die Wohnsituation und das Wohnumfeld, das bei Kindern armer Familien meist weniger Möglichkeiten für körperliche Bewegung sowie schlechteren Zugang zu frischen und gesunden Lebensmitteln bietet, was sich in der Folge auf das Körpergewicht auswirkt. Auch kann die häufig prekäre Wohnsituation armer Familien als psychosozialer Stressor wirken. Das Leben in Armut führt im Allgemeinen zu einer erhöhten psychosozialen Stressbelastung, auch bei Kindern. Der psychosoziale Stress kann aufgrund biologischer Prozesse zu einem stärkeren Hungergefühl und somit zu einer verstärkten Nahrungsaufnahme führen. Gleichzeitig kann kohlenhydrat- und fettreiche Ernährung auch als mögliche Stressbewältigungsstrategie des Stressors Armut dienen.

Hinsichtlich Prävention und Gesundheitsförderung kann gesagt werden, dass Kinder armer Familien wenig empfänglich für Hinweise diesbezüglich sind, da diese mittelschichtorientiert ausgerichtet und ausführende Gesundheitseinrichtungen nicht ausreichend sensibilisiert für

die spezifischen Problemlagen von armutsbetroffenen Familien sind. Das Problemsystem harmoniert nicht mit dem Helfersystem. Gleichzeitig ist auch der gesellschaftlich als gesund definierte Lebensstil von besser gestellten Schichten festgelegt worden, was bei armen Familien zum einen zu einer Überforderung im Umgang mit einem der eigenen sozialen Lage fremden Lebensstil führen, zum anderen den Wunsch zur Verteidigung der eigenen Lebensführung hervorrufen kann.

Es wird also deutlich, dass die Problemdefinition «Übergewicht als Folge gesundheitlicher Ungleichheit» den Anforderungen der Sozialen Arbeit nachkommt, am Schnittpunkt von Individuum und Gesellschaft zu agieren und Ungleichheitsverhältnisse zu berücksichtigen (vgl. AvenirSocial, 2010, S. 8 – 9), sprich professionellen Werten gerecht wird. Allerdings deuten die Tatsachen, dass es sich bei der Problemdeutung «Adipositas als Epidemie» um die herrschende handelt (vgl. Schorb, 2008a, S. 60) und dass die Problemdeutung «Adipositas als abweichendes Verhalten» gesellschaftlich grosse Anerkennung erfährt (vgl. Schorb, 2015, S. 143), darauf hin, dass es der Sozialen Arbeit bisher unzureichend gelungen ist, den professionellen Werten entsprechendes Wissen zum sozialen Problem Übergewicht in der Öffentlichkeit, der Forschung und der Politik zu verbreiten und somit ihre Expertise in den Problemdiskurs einzubringen, wie dies eigentlich vom Berufskodex gefordert wird (vgl. AvenirSocial, 2010, S. 13). Es besteht folglich noch viel Handlungsbedarf.

Als zweite Fragestellung war es ein Interesse der vorliegenden Arbeit, aus der Erklärung von Übergewicht bei Kindern armer Familien anhand der gesundheitlichen Ungleichheit Ansatzpunkte für das professionelle Handeln der Sozialen Arbeit abzuleiten. Dass die Soziale Arbeit zum Handeln aufgefordert ist, macht deren Verpflichtung ersichtlich, Lösungen für soziale Probleme zu entwickeln (vgl. AvenirSocial, 2010, S. 6). Da die Problemdeutungen «Adipositas als Epidemie» und «Adipositas als abweichendes Verhalten» den professionellen Werten der Sozialen Arbeit widersprechen, können diese nicht als Grundlage zur Ausarbeitung von Massnahmen genutzt werden. Es sind folglich alternative Praxiskonzepte zu den bisherigen Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen gefragt (vgl. Rose, 2017, S. 172 – 173). Die Problemdefinition «Übergewicht als Folge gesundheitlicher Ungleichheit» bietet für die Soziale Arbeit die Möglichkeit, professionelle Verpflichtungen vor dem Hintergrund von Ungleichheitsverhältnissen und dem Prinzip der sozialen Gerechtigkeit abzuleiten, wozu sie auch angehalten wird (vgl. AvenirSocial, 2010, S. 9). In der vorliegenden Arbeit wurde aufgezeigt, dass in erster Linie Massnahmen, die auf die Veränderung von Verhältnissen abzielen, förderlich für die Bekämpfung der gesundheitlichen Ungleichheit (vgl. Schuwey & Knöpfel, 2014, S. 129; Huwiler, Amstutz & Minder, 2003, S. 62; Laimbacher, 2004, S. 76) und somit der höheren Prävalenz von Übergewicht bei Kindern armer Familien sind. Es

braucht sowohl sozialpolitische Massnahmen als auch gemeinwesensorientierte sozialräumliche Interventionen (vgl. Homfeldt & Sting, 2008, S. 42 – 43), die zum einen die soziale Ungleichheit zu bekämpfen vermögen, zum anderen gesundheitsfördernde Lebensräume gestalten können. Die Soziale Arbeit muss solche sozialpolitischen Interventionen initiieren beziehungsweise unterstützen (vgl. AvenirSocial, 2010, vgl. S. 6).

Neben den strukturellen sind auch diskursive Veränderungen der Verhältnisse erforderlich. Die Soziale Arbeit ist verpflichtet, gegen die Diskriminierung von körperlichen Merkmalen vorzugehen (vgl. AvenirSocial, 2010, S. 9) und muss folglich im direkten Kontakt mit übergewichtigen Kindern armer Familien sowie in der Öffentlichkeit der Diskriminierung von hohem Körpergewicht entgegenwirken, indem sie herrschende Körpernormen und damit einhergehende Machtverhältnisse kritisch hinterfragt.

Bei sämtlichen Interventionen – sei es in Bezug auf die Verhältnisse oder aber in Bezug auf Verhaltensmuster – ist die Soziale Arbeit dazu angehalten, ihren zentralen Charakteristika, insbesondere der Koproduktion und der Subjektorientierung (vgl. von Spiegel, 2013, S. 28 – 30 & S. 33 – 35), gerecht zu werden. So ist es gerade bei Verhaltensinterventionen unabdingbar, einen gesunden Lebensstil nicht einfach nach den herrschenden Normen vorzugeben, sondern einen solchen gemeinsam mit den Adressaten und Adressatinnen auszuhandeln. Nur so kann der gesunde Lebensstil wirklich auch zu einem Gesundheitsgewinn nach dem Verständnis von Gesundheit als Zustand des subjektiven Wohlbefindens (vgl. Hurrelmann, 2010, S. 146) führen und somit zu einer erfolgreichen Gesundheitsförderung und Prävention beitragen.

Da die momentan ergriffenen Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention, wie beispielsweise die Einführung von Fett- und Zuckersteuern, in der Regel auf Basis der herrschenden Problemdefinition «Adipositas als Epidemie» und deren Ergänzung «Adipositas als abweichendes Verhalten» erarbeitet wurden, widersprechen sie den professionellen Werten der Sozialen Arbeit. Dies macht unmissverständlich deutlich, wie wichtig es ist, dass sich die Soziale Arbeit aktiv in die Problemdebatte um Übergewicht bei Kindern armer Familien einmischt und eine Problemdefinition miteinbringt, die ihren professionellen Werten entspricht und auf deren Basis Massnahmen abgeleitet werden können. Die in der vorliegenden Arbeit vorgeschlagene Alternativdeutung «Übergewicht als Folge gesundheitlicher Ungleichheit» könnte dabei als Problemdefinition für die Soziale Arbeit dienen.

8 Literaturverzeichnis

- Antonovsky, Aaron. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Avemann, Katharina & Kagerbauer. (2017). Dicke Körper und Macht. Lookismus und Bodyismus in der Sozialen Arbeit. In Lotte Rose & Friedrich Schorb (Hrsg.), *Fat Studies in Deutschland. Hohes Körpergewicht zwischen Diskriminierung und Anerkennung* (S. 186 – 203). Weinheim: Beltz Juventa.
- Baier, Andrea. (2013). «Wie soll man gesund sein, wenn man keine Arbeit hat?» *Gesundheit und soziale Ungleichheit. Erfahrungen einer Frauengruppe mit einem Gesundheitsprojekt*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Barlösius Eva, Feichtinger Elfriede & Köhler, Barbara Maria. (Hrsg.). (1995). *Ernährung in der Armut*. Berlin: Edition Sigma.
- Barlösius, Eva. (2014). *Dicksein. Wenn der Körper das Verhältnis zur Gesellschaft bestimmt*. Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH.
- Böhler, Thomas & Dziuk, Michael. (2014). Prävention von Adipositas. In Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz & Jochen Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4. überarb. Aufl.) (S. 165 – 174). Bern: Verlag Hans Huber.
- Fischer, Sabine. (2017). «Gute Dicke – schlechte Dicke»? Wie die Haltung und das Verhalten professioneller Helfer zu Gewichtsdiskriminierung im Gesundheitswesen beitragen. In Lotte Rose & Friedrich Schorb (Hrsg.), *Fat Studies in Deutschland. Hohes Körpergewicht zwischen Diskriminierung und Anerkennung* (S. 219 – 229). Weinheim: Beltz Juventa.
- Fuchs-Heinritz, Werner & König, Alexandra. (2014). Pierre Bourdieu. *Eine Einführung* (3. Aufl.). Konstanz und München: UVK Verlagsgesellschaft.
- Gransee, Carmen (2008). Essstörungen, Körperbilder und Geschlecht. In Henning Schmidt-Semisch & Friedrich Schorb (Hrsg.), *Kreuzzug gegen Fette* (S. 163 - 170). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Groenemeyer, Axel. (2012). Soziologie sozialer Probleme – Fragestellungen, Konzepte und theoretische Perspektiven. In Günter Albrecht & Axel Groenemeyer (Hrsg.), *Handbuch soziale Probleme* (2. überarb. Aufl.) (S. 17 – 104). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Homfeldt, Hans Günther. (2014). Körper/ Leib, Gesundheit(-sförderung) und Soziale Arbeit. Die Verankerung als fachlicher Standard. *Sozial Extra*, 1, 33 – 36.
- Homfeldt, Hans Günther & Sting Stephan. (2005). Soziale Arbeit und Gesundheit. Vergessene Zusammenhänge und Forschungsaufgaben. *Sozial Extra*, 5, 41 – 44.
- Hurrelmann, Klaus. (2000). *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Hurrelmann, Klaus. (2010) *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung* (7. Aufl.). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Huwiler, Karin, Amstutz, Raphael & Minder, Christoph E. (2003). Soziale Ungleichheit in der Gesundheit – ein Thema auch in der Schweiz. In Sonja Kaufmann (Hrsg.), *Sozialalmanach: Gesundheit – eine soziale Frage* (S. 55 – 66). Luzern: Caritas Verlag.
- Kiesel, Johannes. (2012). *Was ist krank? Was ist gesund? Zum Diskurs über Prävention und Gesundheitsförderung*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Kristenson, Margareta. (2008). Sozioökonomische Lage und Gesundheit – die Rolle des Bewältigungsverhaltens. In Johannes Siegrist & Michael Marmot (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen* (S. 163 – 194). Bern: Verlag Hans Huber.
- Laimbacher, Josef. (2004). Früherfassung der Übergewichtigkeit und der Adipositas im Kinder- und Jugendalter: wer, wann, wie? In Schweizerische Vereinigung für Ernährung (Hrsg.), *Übergewicht bei Kindern* (S. 7 – 9). Bern: Schweizerische Vereinigung für Ernährung.
- Lampert, Thomas & Richter, Matthias. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In Matthias Richter und Klaus Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2. überarb. Aufl.) (S. 209 - 230). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lindel, Birgit Ute. (2002). *Stressbezogene Einflussfaktoren auf das Essverhalten bei übergewichtigen Kindern*. Trier: Universität Trier.
- Lüthy, Jürg. (2004). Nationale Ernährungspolitik und Übergewicht. In Schweizerische Vereinigung für Ernährung (Hrsg.), *Übergewicht bei Kindern* (S. 75 – 84). Bern: Schweizerische Vereinigung für Ernährung.

- Müller, Manfred, Danielzik, Sandra & Pust, Svenja. (2006). Sozioökonomische Einflüsse auf Gesundheit und Übergewicht. *Ernährungs-Umschau*, 53, 212 – 253.
- Niederbacher, Arne & Zimmermann, Peter. (2011). *Grundwissen Sozialisation. Einführung zur Sozialisation im Kindes- und Jugendalter* (4. überarb. Aufl.). Wiesbaden: Springer.
- Richter, Matthias & Hurrelmann, Klaus. (Hrsg.). (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2. überarb. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ritscher, Wolf. (2007). *Soziale Arbeit: systemisch. Ein Konzept und seine Anwendung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rose, Lotte. (2005). «Überfressene» Kinder – Nachdenklichkeiten zur Ernährungs- und Gesundheitserziehung. *Neue Praxis – Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik*, 35, 19 – 34.
- Rose, Lotte & Sturzenhecker Benedikt. (2010). «Erst kommt das Fressen ...» Essen und Kochen als Professionalisierungsthemen Sozialer Arbeit. *Sozial Extra*, 3, 34 - 37.
- Rose, Lotte & Schorb, Friedrich. (Hrsg.). (2017). *Fat Studies in Deutschland. Hohes Körpergewicht zwischen Diskriminierung und Anerkennung*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Rosenbrock, Rolf & Kümpers, Susanne. (2009). Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In Matthias Richter und Klaus Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2. überarb. Aufl.) (S. 385 – 403). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Roulet, Michael. (2004). Welche Strategie mit welchen Partnern? In Schweizerische Vereinigung für Ernährung (Hrsg.), *Übergewicht bei Kindern* (S. 31 – 32). Bern: Schweizerische Vereinigung für Ernährung.
- Schetsche, Michael. (2008). *Empirische Analyse sozialer Probleme. Das wissenssoziologische Programm*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schmidt-Semisch, Hennisch & Schorb, Friedrich. (Hrsg.). (2008). *Kreuzzug gegen Fette*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schmitt, Paulina & Rose, Lotte. (2017). Wie spricht Soziale Arbeit über Übergewicht? Ergebnisse einer explorativen Befragung von Studierenden der Sozialen Arbeit. In Lotte Rose & Friedrich Schorb (Hrsg.), *Fat Studies in Deutschland. Hohes Körpergewicht zwischen Diskriminierung und Anerkennung* (S. 172 – 185). Weinheim: Beltz Juventa.

- Schnyder-Walser, Katja, Ruffin, Regula, Grunder, Mirjam & Widmer, Priska. (2015). *Schlussbericht Bundesamt für Gesundheit. Literaturanalyse «Gesundheitliche Ungleichheit: Ursachen, Problemfelder und mögliche Massnahmen ausserhalb des Migrationskontexts»*. Bern: socialdesign ag.
- Schorb, Friedrich. (2008a). Adipositas in Form gebracht. Vier Problemwahrnehmungen. In Henning Schmidt-Semisch & Friedrich Schorb (Hrsg.), *Kreuzzug gegen Fette* (S. 57 - 77). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schorb, Friedrich. (2008b). Keine «Happy Meals» für die Unterschicht! Zur symbolischen Bekämpfung der Armut. In Henning Schmidt-Semisch & Friedrich Schorb (Hrsg.), *Kreuzzug gegen Fette* (S. 107 - 124). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schorb, Friedrich. (2015). *Die Adipositas – Epidemie als politisches Problem. Gesellschaftliche Wahrnehmungen und staatliche Interventionen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Schuwey, Claudia & Knöpfel, Carlo. (2014). *Neues Handbuch Armut in der Schweiz*. Luzern: Caritas Verlag.
- Siegrist, Johannes & Marmot, Michael. (2008). Einleitung. In Johannes Siegrist & Michael Marmot (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen* (S. 15 – 44). Bern: Verlag Hans Huber.
- Stamm, Hanspeter, Fischer, Adrian & Lamprecht, Markus. (2017a). *Vergleichendes Monitoring der Gewichtsdaten von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz. Analyse von Daten aus den Kantonen Basel-Stadt, Bern, Graubünden, Jura, Luzern, Obwalden, St. Gallen und Uri sowie den Städten Bern, Freiburg und Zürich. Resultate aus einem von Gesundheitsförderung Schweiz unterstützten Projekt. Arbeitspapier*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Stamm, Hanspeter, Fischer, Adrian & Lamprecht, Markus. (2017b). *Vergleichendes Monitoring der Gewichtsdaten von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz. Analyse von Daten aus den Kantonen Basel-Stadt, Bern, Graubünden, Jura, Luzern, Obwalden, St. Gallen und Uri sowie den Städten Bern, Freiburg und Zürich. Resultate aus einem von Gesundheitsförderung Schweiz unterstützten Projekt. Faktenblatt*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Stephoe, Andrew. (2008) Psychobiologische Prozesse als Bindeglieder zwischen sozialem Status und Gesundheit. Einleitung. In Johannes Siegrist & Michael Marmot (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen* (S. 131 - 161). Bern: Verlag Hans Huber.

- Stierrand, Philipp. (2006). Das Nahrungssystem der Stadt: Lebensmittel als neue Perspektive in der Stadtentwicklung. *RaumPlanung*, 129, 265 - 269.
- Suter, Paolo & Benz, Rudolf. (2004). Übergewicht bei Kindern: Prävalenz, epidemiologische Aspekte und Entwicklungstendenzen in der Schweiz. In Schweizerische Vereinigung für Ernährung (Hrsg.), *Übergewicht bei Kindern* (S. 13 – 29). Bern: Schweizerische Vereinigung für Ernährung.
- Van der Loo, Hans & Van Reijen, Willem. (1992). *Modernisierung. Projekt und Paradox*. München: dtv.
- Van Lenthe, Frank. (2008). Aggregierte Deprivation und ihre Folgen für die Gesundheit. In Johannes Siegrist & Michael Marmot (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen* (S. 213 – 243). Bern: Verlag Hans Huber.
- Von Spiegel, Hiltrud. (2013). *Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit* (5. überarb. Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Wabitsch, Martin, Kiess, Wieland, Neef, Madlen & Reinehr, Thomas. (2013). Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. In Alfred Wirth & Hans Hauner (Hrsg.), *Adipositas. Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie* (4. überarb. Aufl.) (S. 367 – 388). Berlin: Springer-Verlag.
- Weimann, Eike. (2018). *Kinder in Armut – Wie eine veränderte Grundschularbeit helfen kann, sie zu bewältigen*. Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Weyers, Simone & Richter, Matthias. (2014). Prävention gesundheitlicher Ungleichheiten. In Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz & Jochen Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4. überarb. Aufl.) (S. 391 – 398). Bern: Verlag Hans Huber.
- Winker, Gabriele & Degele, Nina. (2009). *Intersektionalität. Zur Analyse sozialer Ungleichheiten*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Wirtz, Mica (2010). «Fitt statt fett» und «in Form». Ein kritischer Blick auf aktuelle Programme zur Bevölkerungsgesundheit. *Sozial Extra*, 3, 46 – 49.

9 Quellenverzeichnis

- Amt für Gesundheitsvorsorge ZEPRA. Fachstelle Bewegung und Ernährung. (2018) *Übergewichtige und adipöse Kinder in der Schule. Tipps und Anregungen für Lehrpersonen der Unter- Mittel- und Oberstufe*. Gefunden am 13. Juni 2018 unter https://www.zepira.info/tl_files/content/06_programme_projekte/kig/kig_broschuere_uebergewichtige-kinder_schule.pdf
- AvenirSocial. (2008). *Vernehmlassung der Teilrevision des Bundesgesetzes über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung vom 25. Juni 1982*. Gefunden am 13. Juli unter http://www.avenirsocial.ch/de/cm_data/SN-AVIG.AvenirSocial.12.03.08.pdf
- AvenirSocial. (2010). *Berufskodex*. Bern: AvenirSocial – Professionelle Soziale Arbeit Schweiz. Gefunden am 15. April 2018 unter http://www.avenirsocial.ch/cm_data/Do_Berufskodex_Web_D_gesch.pdf
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2007). *Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz*. Liebfeld: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Statistik (BfS). (2016). *Armut und materielle Entbehrung von Kindern. Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) 2014*. Neuenburg: Bundesamt für Statistik (BfS). Gefunden am 20. Mai 2018 unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/soziale-situation-wohlbefinden-und-armut/armut-und-materielle-entbehrungen/armutsgefaehrung.assetdetail.1365790.html>
- Bundesamt für Statistik (BfS). (2018). *Armut*. Gefunden am 20. Mai 2018 unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/soziale-situation-wohlbefinden-und-armut/armut-und-materielle-entbehrungen/armut.html>
- Caritas Schweiz. 2015. *Gegen die Armut Alleinerziehender: Existenzsicherung ermöglichen und Chancengerechtigkeit garantieren*. Gefunden am 27. Juni 2018 unter https://www.caritas.ch/fileadmin/user_upload/Caritas_Schweiz/data/site/was-wir-sagen/unsere-aktionen/alleinerziehende-vor-armut-schuetzen/positionspapier_alleinerziehende_caritas_schweiz.pdf
- Gymnasium Unterstrass. (2011). *Chancengerechtigkeit durch Arbeit an der Lernlaufbahn (ChagALL)*. Gefunden am 13. Juli unter http://www.begabungsfoerderung.ch/pdf/tagungen/unterlagen_11/WS6.pdf

- Schweizerische Adipositas-Stiftung (SAPS). (2018). *Adipositas*. Gefunden am 21. Juni 2018 unter <http://saps.ch/de/>
- Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (SKOS). (2005). *Richtlinien für die Ausgestaltung und Bemessung der Sozialhilfe* (4. überarb. Aufl.). Bern: Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe. Gefunden am 19. Mai 2018 unter https://www.skos.ch/fileadmin/_migrated/content_uploads/2017_SKOS-Richtlinien-komplett-d.pdf
- Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (SKOS). (2017). *Nachträge zu den SKOS-Richtlinien*. Bern: Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe. Gefunden am 19. Mai 2018 unter https://www.skos.ch/fileadmin/_migrated/content_uploads/2017_SKOS-Richtlinien-Nachtrag-d_01.pdf
- Schweizer Radio und Fernsehen (SRF). (2018). *Süsse Macht – die Zuckerlobby im Parlament*. Gefunden am 13. Juni 2018 unter <https://www.srf.ch/news/schweiz/suesse-macht-die-zuckerlobby-im-parlament>
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2007). *Die Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung in der europäischen Region der WHO. Zusammenfassung*. Kopenhagen: WHO. Gefunden am 23. Juni unter <http://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/challenge-of-obesity-in-the-who-european-region-and-the-strategies-for-response-the.-summary>
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2007). *BMI-for-age Girls*. Gefunden am 3. Mai unter http://www.who.int/growthref/bmifa_girls_z_5_19_labels.pdf?ua=1
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2016). *Overweight and Obesity*. Gefunden am 3. Mai 2018 unter www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight_obesity/overweight_adolescents/en/
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2018a). *Childhood, overweight and obesity*. Gefunden am 3. Mai unter <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2018b). *Obesity*. Gefunden am 3. Mai 2018 unter <http://www.who.int/topics/obesity/en/>
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2018c). *Health Systems Strengthening Glossary*. Gefunden am 1. Juni 2018 unter http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html

10 Abbildungsverzeichnis

Titelbild: Eigenaufnahme

Abbildung 1: Modell zum Verständnis der Erklärungsansätze von gesundheitlicher Ungleichheit

(Quelle: Richter & Hurrelmann, 2009, S. 22)

Abbildung 2: Anteil der übergewichtigen (inkl. adipösen) Kinder nach sozialer Herkunft und Staatsangehörigkeit

(Quelle: Stamm, Fischer, Lamprecht, 2017b, S. 5)

11 Selbständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift

Weesen, 08. Oktober 2018

Veröffentlichung Bachelorarbeit

Ich bin damit einverstanden, dass meine Bachelor Thesis bei einer Bewertung mit der Note 5.5 oder höher der Bibliothek für die Aufnahme ins Ausleiharchiv und für die Wissensplattform Ephesos zur Verfügung gestellt wird.

- ja
- nein

Unterschrift

Weesen, 08. Oktober 2018